Centre de santé et de services sociaux
de Rivière-du-Loup

Primauté de la personne, respect, solidarité, compétence, innovation

Centre hospitalier régional du Grand-Portage

CLSC Rivières et Marées

CHSLD Saint-Joseph

CHSLD de Saint-Antonin

CHSLD de Saint-Cyprien

L'Estran, le Centre de réadaptation en dépendance du Bas-Saint-Laurent

RAPPORT ANNUEL DE GESTION

2011 - 2012

Adopté par le conseil d'administration

le 13 juin 2012

Table des matières

Mot de la présidente du CA et du directeur général 5

1. Déclaration sur la fiabilité des données 7

2. Plan d'organisation 8

3. Effectifs du personnel et des médecins 9

A. Personnel 9

B. Membres du CMDP (actifs, associés, conseils, honoraires) 10

4. Présentation de l'établissement 11

5. Principaux enjeux organisationnels 13

5.1 Résultats de l'entente de gestion 15

Résultats de l'entente de gestion (suite) 16

Résultats de l'entente de gestion (suite) 17

Résultats de l'entente de gestion (suite) 18

5.2 Volumes des activités 19

6. Direction et programmes 30

6.1 Direction réseau et centre de réadaptation en dépendances, l'Estran. 30

6.2 Direction des services professionnelles et programme de santé physique 34

6.3 Direction des soins infirmiers, programme de santé mentale et agrément 36

6.4 Direction multidisciplinaire, programme santé publique, programme PPALV et programme Enfance Jeunesse Famille 39

7. Ressources humaines 42

8. Ressources financières, matérielles et informationnelles 46

9. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services 48

10. Conseils et comités de l'établissement 63

10.1 Conseil d'administration 63

10.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens 63

10.3 Conseil multidisciplinaire 66

10.4 Comité des infirmières et infirmiers (CII) 69

10.5 Comité de vigilance et de la qualité 70

10.6 Comité de révision 73

10.7 Comité des usagers 74

10.8 Comité d'éthique 84

10.9 Comité de gestion des risques 86

11. États financiers 94

12. Loi 100 et optimisation 99

13. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup 100

14. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs 101

15. Acronymes 104

Mot de la présidente du CA et du directeur général

Il nous fait plaisir de vous présenter le rapport annuel de gestion 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSSRDL). Ce rapport présente les réalisations des équipes de travail du CSSS au cours du dernier exercice financier.

L'année 2011-2012 a été marquée par une transition à la gouvernance de l'établissement. En effet, le 4 juillet 2011, je suis entré en fonction à titre de directeur général. Je suis très heureux de faire partie d'une équipe qui, grâce aux efforts concertés de ses membres (administrateurs, médecins, employés, gestionnaires, bénévoles et partenaires), permet à notre établissement d'offrir à la population de son territoire des services accessibles, continus et de qualité. Toujours dans l'optique de transition, le 1er février dernier, le conseil d'administration de l'établissement a été renouvelé, dans le cadre de changements législatifs. À ce titre, 10 nouveaux administrateurs sont venus se joindre à notre équipe. Nous les remercions de leur précieux engagement envers le réseau. Nous souhaitons aussi remercier, pour leur dévouement et leur grande contribution, tous les administrateurs sortants dont plusieurs ont été membres du conseil d'administration pendant plusieurs années.

Notre établissement a amorcé un processus de planification stratégique qui doit se terminer au cours de l'année 2012-2013. Nous avons identifié, au début de l'année 2011-2012, sept grands enjeux organisationnels qui sont en cohérence avec les réalités nationales, régionales et locales. Plusieurs actions ont été réalisées au cours de la dernière année, en lien avec ces enjeux.

Notre établissement a aussi entrepris un virage *Lean* dans une perspective d'amélioration continue de ses façons de faire. Au cours de l'année, trois projets majeurs d'optimisation ont été entrepris et certains ont déjà donné des résultats très intéressants. Deux projets ont porté sur l'amélioration de l'accessibilité, soit en chirurgie et au soutien à domicile. Un troisième projet a porté sur la révision de l'organisation du travail au service alimentaire. Un facteur important de succès de ces projets est l'implication, dès le début de la démarche, des employés et des médecins. Forts de ces succès, nous avons amorcé la constitution d'une équipe d'experts *Lean* afin de supporter l'ensemble des projets en cours dans notre établissement.

Le 30 juin 2011, Agrément Canada a agréé avec conditions notre établissement. Les visiteurs ont félicité notre équipe pour son engagement à offrir des soins de santé sécuritaires et de grande qualité. Nous poursuivons nos travaux en ce sens, l'élaboration d'un programme intégré de gestion de la qualité est en cours d'élaboration.

Encore une fois, le CSSS de Rivière-du-Loup termine son année financière en équilibre budgétaire. Ce résultat est remarquable puisque l'établissement a dû composer avec l'application de la loi 100 et de mesures d'optimisation exigées à l'ensemble du réseau de la santé et des services sociaux. Notre établissement devra redoubler d'efforts puisque ces mesures se poursuivront encore pour les deux prochaines années.

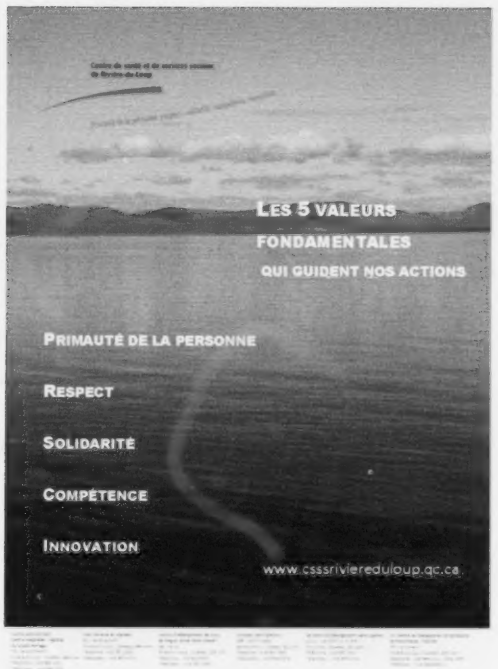
Le comité qualité de vie au travail de notre établissement a encore une fois innové cette année. En effet, le premier Gala Reconnaissance pour les employés et médecins s'est tenu en mai 2011. Cette activité a connu un franc succès, plus de 200 personnes y ont participé.

Au nom du conseil d'administration, nous tenons à remercier les employés, les médecins, les gestionnaires et les bénévoles qui, chaque jour, s'investissent pour donner des services de qualité. Nous remercions également La Fondation de la Santé pour son soutien financier dans l'achat d'équipements médicaux.

Nous vous invitons à parcourir ce rapport afin de prendre connaissance des réalisations de l'établissement.

Mme Doris Laliberté-Kirouac
Présidente du conseil d'administration

M. Daniel Lévesque
Directeur général



1. Déclaration sur la fiabilité des données

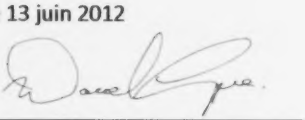
À titre de directeur général, j'ai la responsabilité d'assurer la fiabilité des données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que des contrôles afférents.

Les résultats et les données du rapport de gestion de l'exercice 2011-2012 du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup :

- Décrivent fidèlement la mission, les mandats, les responsabilités, les activités et les orientations stratégiques de l'établissement;
- Présentent les objectifs, les indicateurs, les cibles à atteindre et les résultats;
- Présentent des données exactes et fiables.

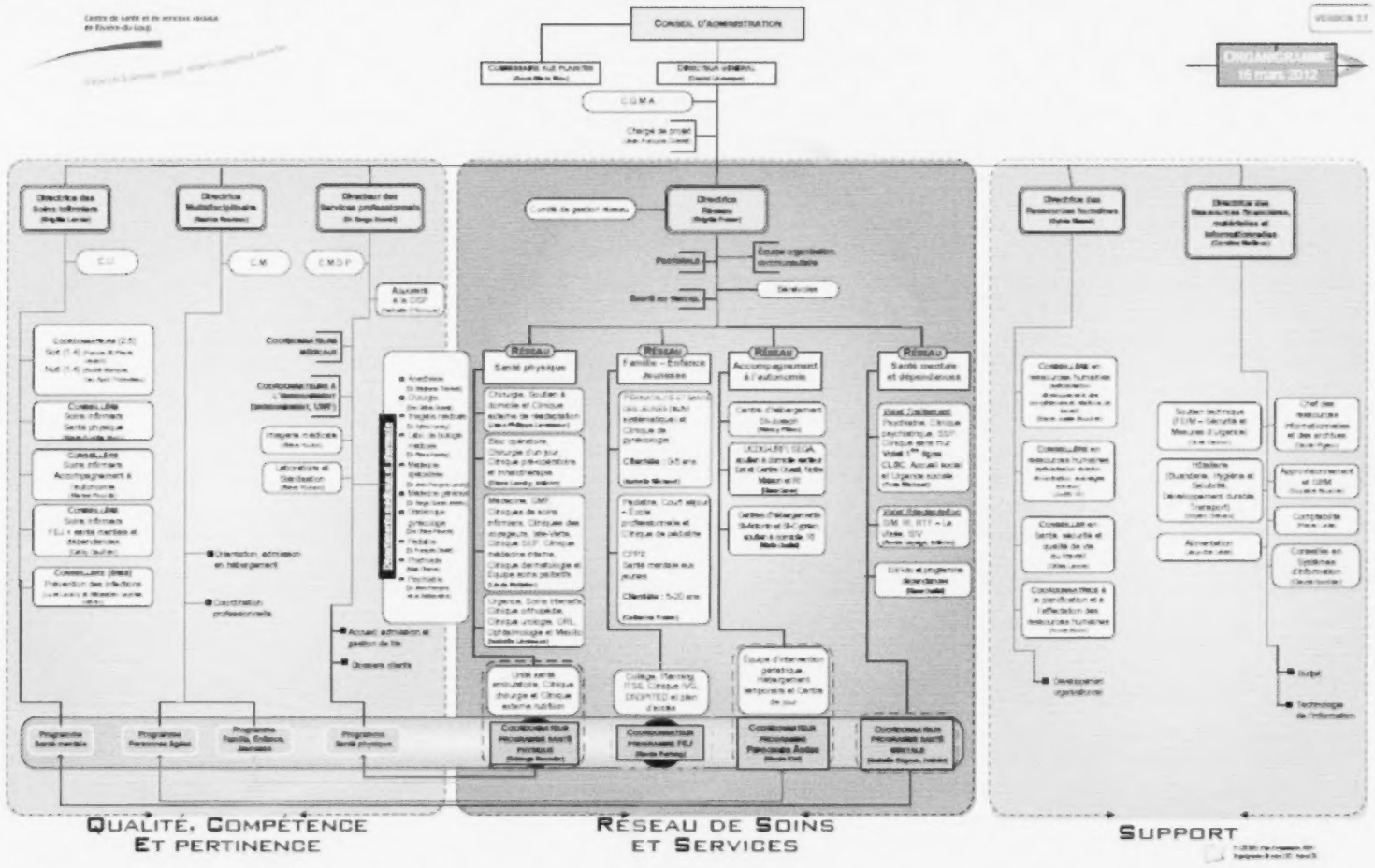
Je déclare que les données contenues dans ce rapport annuel de gestion ainsi que les contrôles afférents à ces données sont fiables et qu'elles correspondent à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2012.

Signé à Rivière-du-Loup, le 13 juin 2012

Signature : 

Daniel Lévesque, directeur général

2. Plan d'organisation



3. Effectifs du personnel et des médecins

A. Personnel

Effectifs au 31 mars 2012

	2011-2012	*2010-2011*
Cadres		
Temps complet (1)	45	48
Temps partiel (nombre de personnes) (1)	6	4
Équivalents temps complet	4	
Nombre de cadres en stabilité d'emploi	1	-
Employés réguliers		
Temps complet (excluant les personnes en stabilité d'emploi) (2)	627	633
Temps partiel (nombre de personnes) (2)	561	554
Équivalents temps complet	273	268
Nombre d'employés en sécurité d'emploi	1	3
Occasionnels		
Nombre d'heures rémunérées au cours de l'exercice	365,831	360,845
Équivalents temps complet (3)	199	198

(1) Excluant les personnes bénéficiant de mesures de stabilité d'emploi

(2) Excluant les personnes bénéficiant de mesures de sécurité d'emploi

(3) Les équivalents temps complet peuvent être une approximation si l'établissement utilise la méthode de calcul simplifiée consistant à diviser le nombre d'heures rémunérées par 1827 ou 1834 (année bissextile).

B. Membres du CMDP (actifs, associés, conseils, honoraires)

DÉPARTEMENT ANESTHÉSIOLOGIE
D'Amours, Jean-François
Dolbec, Pierre
Khefif, Ghania
Simoneau, Noëlla
Thériault, Stéphane
Buteau, Gaston*
Gauvin, Michel*
Gobeil, François*
Leclerc, Michel*
Rouleau, Clément*
St-Pierre, Frédéric*

DÉPARTEMENT CHIRURGIE
Service - chirurgie dentaire
Lamarre, Jean-Rock**

Service - chirurgie générale
Arsenault, Jean-Pierre
Blanchet, Richard
Gaudreault, Judith
Gervais, Normand
Lapointe, Louis

Service - chirurgie maxillo-faciale
Michaud, André

Service – chirurgie vasculaire
Cloutier, Paul**

Service – ophtalmologie
Gravel, Céline
Grenier, Réjean

Service – O.R.L.
Côté, André
Roussel, Guy

Service – orthopédie
Carreras, Francisco
Cojocaru, André-Nicolas
Dudon, Emmanuelle
Perreault, René
Salman, Raed
Cournoyer, Jean*

Service – urologie
Boisvert, Isabelle
Gagnon, Nathalie
Boutin, Hélène*
Vary, John*

DÉPARTEMENT IMAGERIE MÉDICALE
Service – radiologie-échographie
Boisclair, Chantal
Buteau, Geneviève
Dumais, Dany
Harvey, Sylvie
Morin, François-D.
Ouellet, Annie
Dubé, Edgar*
Grenon, Hugues*

Service – médecine nucléaire
Dionne, Daniel*
Lefebvre, Bernard*
Taillefer, Raymond*

DÉPARTEMENT LAB. BIO. MÉDICALE
Service – anatomopathologie
Cantin, Réjean
Gagnon, Sylvie

Service – hématologie
Cloutier, Stéphanie**
Demers, Christine**
Doyle, Catherine**

Service – hématologie-oncologie
Blais, André**
Gagnon, Gabrielle**

Service – microbio.-infectiologie
Harvey, Pierre
Moisan, Danielle

DÉPARTEMENT MÉD. SPÉCIALISÉE
Service – dermatologie
Drouin, Christian-Allen
Rassi, Roula
Bédard, André*

Service – médecine interne
Brunet, Daniel
Carignan, Susanne
Czech, Éric
Gagnon, François
Landry, Jean-François
Lefebvre, Martin
Raymond, Daniel
Verret, Benoît

Service – néphrologie
Côté, Isabelle**

Service neurologie
Attig, Ezzédine
Beniar, Matityahu

Service - rhumatologie
Fortin, Isabelle**

DÉPARTEMENT MÉDECINE GÉNÉRALE
(avec privilèges en obstétrique)
Deschênes, Annie
Gagnon-Ouellet, Caroline
Leblanc, Marie-Hélène
Plourde, Isabelle
Villemure, Jacques
Cambron, Hélène*
Caron, Catherine*
De Brouwer, Marie-Claude*
Martin, Lucile*
Pelletier, Denis*

(sans privilège obstétrique)
Bastien, Nancy
Beaulieu, Catherine
Belzile, Marie-France
Bergeron, Antoine
Boudreau, Christine
Caron, Jacques
Deschênes, Annie
Drolet, Marianne
Gagnon-Ouellet, Caroline
Goudreau, Daniel
Gougoux, Fanny
Grou-Leclerc, Étienne
Hamelin, Bernard
Hérard, Jean-François
Juneau, Francine
La Fontaine, Louise
Lajoie, Carole
Lang, Isabelle
Larivière, Marie-Ève
Leblanc, Marie-Hélène
Maltais, Lucie
Moorjani, Anoo
Nadeau, Michel
Noël, Luc
Paradis, Éric
Plourde, Isabelle
Poulin, José
Rossignol, Guy
Royer, Nicole
Savard, Gilles
Smith, Sarah
Soucy, Geneviève
Tardif, Marc
Villemure, Jacques
Boudreau, Richard**
Bélanger, Jean-François*
Côté, Richard*
Gougoux, François*
Gravel, Serge, DSP*
Harvey, Marianne*

DÉPARTEMENT OBST.-GYNÉCOLOGIE
Lambert, Marie-France
Maranda, Jacques
Nadeau, Yves
Plourde, Diane
Blair, Tony*
Dionne, Pierre*
Paquet, Jean-Claude*

DÉPARTEMENT PÉDIATRIE
Service – cardiologie pédiatrique
Delisle, Georges**
Houde, Christine**

Service – pédiatrie
Caissie Roméo
Desrosiers, Lucie
Déziel, François
Ouellet, Linda
Sauvageau, Jean-Paul

DÉPARTEMENT PHARMACIE
Beaudoin, Marc
Bélanger, Sara
Desrochers, Jean-François
Dionne, Alain
Lafrance, Martine
Malenfant, Mylène
Bernier, Audrey*
Bernard-Genest, Michelle*
Boisvert, Julie*
Bouchard, Amélie*
Carier, Isabelle*
Châteauvert, Nathalie*
Cloutier, Isabelle*
Dumas, Alain*
Flamand-Villeneuve, Joëlle*

DÉPARTEMENT PHARMACIE (SUITE)
Gagnon, Pierre-Yves*
Gingras, Stéphane*
Giroux, Isabelle*
Grenier, Louis-Philippe*
Guérin, Émilie*
Huot, Emmanuelle*
Lambert, Marie-Sophie*
Langlais, Annie*
Legendre, Gilbert*
Paquette, Chantal-Andrée*
Racicot, Julie*
Roux, Josée*
Spénard, Pierre*
Taillon, Isabelle*
Vachon, Audrey*

DÉPARTEMENT PSYCHIATRIE
Binet, Stéphanie
Bossé, Geneviève
Cormier, Julie
de la Sablonnière, Jean-François
De Vriendt, Xavier
Gougoux, David
Lapointe, Marie-Josée
Marquis, Élizabeth
Mélen, Véronique
Breault, Jacques*
Jomphe, Julie*
Potvin, Jacques*

DÉPARTEMENT SANTÉ PUBLIQUE
Nadeau, Aubert
Pouliot, Bernard
Roussel, Renée

MEMBRES HONORAIRES
Beaulieu, Jean-Pierre
Côté, Richard
Dugas, Paul
Guérin, Gaétan
Rioux, Henri
Villeneuve, Claude

4. Présentation de l'établissement

Le Centre de santé et de service sociaux de Rivière-du-Loup (CSSSRDL) répond à quatre missions : centre hospitalier de courte durée, centre local de services communautaires, centre d'hébergement de soins de longue durée et centre de réadaptation en dépendances. Il offre donc une gamme étendue de soins de santé et de services sociaux dans la MRC de Rivière-du-Loup, dans sa région élargie pour certains services (KRTB) et même dans tout le Bas-Saint-Laurent. Plus de 1 500 personnes y sont employées ainsi **que 100 médecins (dont 66 spécialistes et 34 omnipraticiens).**

Le CSSSRDL offre ses services dans cinq installations physiques et dans des points de service répartis dans les différentes municipalités de la région. La MRC de Rivière-du-Loup compte environ 35 000 habitants. 55,9 % des gens de notre région considèrent leur santé comme étant très bonne ou même excellente. 22,2 % sont des fumeurs réguliers ou occasionnels et 32,3 % des gens vivent avec une problématique d'obésité. L'espérance de vie à la naissance pour les résidents de la région est de 82,3 ans. Ces données se comparent à celles des populations bas-laurentiennes et québécoises.

MRC RDL		
Population par groupe d'âge	**Nombre d'habitants**	**%**
0 à 17 ans	6 140 habitants	17,6 %
18 à 64 ans	22 065 habitants	63,3 %
65 ans et plus	6 637 habitants	19,1 %
total	34 842 habitants	100 %

LES INSTALLATIONS DU CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

Le Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés, le Centre hospitalier régional du Grand Portage (CHRGP)
75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Téléphone : 418 868-1000
Tél. : 418 868-1010 (poste)
Tél. 418 868-1010 (chambre)
Tél. : 418 868-1020 (rendez-vous)

La Résidence Saint-Joseph
28, rue Joly
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 3H2
Renseignements : 418 862-6385 (entre 8 h et 21 h 30)

Le Centre d'hébergement Saint-Cyprien
101-C, rue Collin, C. P. 325
St-Cyprien (Québec) G0L 2P0
Renseignements : 418 963-7914

Le Foyer Saint-Antonin
286, rue Principale
Saint-Antonin (Québec) G0L 2J0
Renseignements : 418 862-7993

Le Centre local de services communautaires, le CLSC Rivières et Marées
22, rue St-Laurent
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 4W5
Téléphone : 418 867-2642
Points de service :
St-Épiphane, Notre-Dame-des-Sept-Douleurs

Le centre de réadaptation en dépendances, l'Estran
75, rue St-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Tél. : 418 868-1010, poste 2355

Le CSSS offre aussi différentes ressources intermédiaires et familiales qui procurent un milieu sécuritaire aux personnes qui ne peuvent plus rester à domicile, mais qui ne nécessitent pas d'être dans un établissement de soins de longue durée ou à des personnes vivant un problème de santé mentale.

Mission

Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne et la dispensation de services sécuritaires et de qualité pour la clientèle.

Assurer aux Centres de santé et de services sociaux du KTB (CSSS), un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée.

Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance.

Assurer la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les 4 mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :

- ☆ Centre local de services communautaires (CLSC);
- ☆ Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
- ☆ Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (courte durée);
- ☆ Centre de réadaptation en alcoolisme et toxicomanie (CRAT).

Vision

Dans le cadre de sa mission, on voit le CSSS de Rivière-du-Loup sur un horizon de 10 ans comme un établissement reconnu :

- ☆ pour la qualité et la pertinence de sa réponse aux besoins de la population qu'il dessert;
- ☆ pour la solidarité et la bienveillance dont il fait preuve envers les personnes et les communautés;
- ☆ pour sa performance et son utilisation responsable des personnes et des ressources à sa disposition;
- ☆ pour son leadership local et régional en matière de santé et de bien-être, basé sur le savoir, la compétence et l'implication des personnes qui y œuvrent;
- ☆ pour son milieu de travail humain, mobilisant, sécuritaire et attractif;
- ☆ comme un modèle dans la promotion de la santé et d'une saine hygiène de vie.

Valeurs

Primauté de la personne

Le CSSS de Rivière-du-Loup étant avant tout une organisation constituée essentiellement de personnes qui donnent des services à des personnes, il est donc primordial que la personne soit une valeur fondamentale qui est prise en considération dans toute décision ou action posée par notre établissement. Aussi, l'authenticité, la reconnaissance, la communication, la responsabilisation, l'équité, la coopération, la connaissance des besoins et attentes des personnes sont les assises fondamentales sur lesquelles s'appuie cette valeur humaniste.

Respect

Le respect guide les actions du CSSS de Rivière-du-Loup. En premier lieu bien sûr, c'est le respect de la personne qui est au centre de nos priorités. C'est donc le respect de la clientèle, de ses proches, de toutes les personnes qui contribuent de près ou de loin aux services que le réseau peut offrir à cette clientèle, de même que le respect entre collègues de travail. Mais aussi le respect peut et, dans notre cas, doit s'adresser aussi aux concepts humains, notamment, la dignité, la confidentialité et la sécurité, de même qu'aux objets, que ce soit équipement, matériel ou bâtiment.

Solidarité

Le CSSS de Rivière-du-Loup s'appuie fortement sur les valeurs essentielles de solidarité et d'entraide pour appuyer tant les personnes qui œuvrent en collégialité à l'atteinte de la mission de l'établissement que celles qui participent au développement des personnes et des communautés.

Compétence

Étant un établissement qui donne des services de santé et des services sociaux de nature professionnelle, la compétence des personnes qui y œuvrent est alors essentielle et déterminante sur la qualité des services offerts. Le savoir, le savoir-être, le savoir-faire et le faire-savoir (l'information) sont des composantes importantes de la connaissance qui s'appuient aussi sur la reconnaissance de la compétence de la population.

Innovation

La capacité d'innover et d'être créatif constitue un élément sur lequel se base le CSSS de Rivière-du-Loup pour atteindre ses objectifs avec les ressources à sa disposition. L'ouverture de l'organisation et de son personnel face aux nouvelles façons de faire sert utilement cette valeur d'innovation.

5. Principaux enjeux organisationnels

Le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSSRDL) a identifié, en 2011-2012, sept grands enjeux organisationnels découlant d'une planification stratégique en développement au sein de son organisation. Au cours de la dernière année, le CSSSRDL s'est donc engagé dans plusieurs actions en lien avec ces enjeux.

Enjeu 1 : L'action sur les déterminants de la santé

- Déployer le plan d'action local en santé publique. Nos actions ont porté, entre autres, sur le soutien aux saines habitudes de vie pour toute la population de la MRC de Rivière-du-Loup, à la participation active à la table locale de la démarche COSMOSS et au maintien de la couverture vaccinale et à l'augmentation du respect du calendrier vaccinal.

Enjeu 2 : La primauté des services de 1re ligne et continuité entre les services de 1re et de 2e ligne

- Consolider les équipes interdisciplinaires en 1re ligne (Groupe de médecine familiale et clinique privée) pour la clientèle atteinte de maladie chronique.
- Poursuivre la promotion des services de soins partagés pour la clientèle en santé mentale.
- Réviser les suivis systématiques des services de 2e ligne en santé mentale.
- Accroître l'offre de service à domicile pour l'ensemble de la clientèle nécessitant l'utilisation de ces services.
- Poursuivre l'implantation d'une approche adaptée de soins de courte durée à une clientèle vieillissante à l'hôpital.
- Accroître le partenariat avec les organismes de la communauté afin de fournir des services intégrés pour les personnes âgées.

Enjeu 3 : L'accès aux services dans un délai cliniquement approprié

- Assurer l'accès selon les normes nationales aux services de réadaptation pour les personnes ayant une déficience (DP, DI-TED).
- Diminuer le délai d'accès aux services de 2e ligne en santé mentale.
- Diminuer la durée moyenne de séjour à l'urgence et éliminer des séjours sur civières de plus de 48 heures.
- Accroître l'accès et diminuer le délai d'attente à une chirurgie.

Enjeu 4 : Consolidation de l'offre de service régionale de 2e ligne en dépendance

Au cours de l'année 2011-2012 des efforts importants ont été entrepris afin de consolider l'offre de service régionale de réadaptation en dépendance. Les actions ont porté sur les axes suivants :

- Accessibilité : améliorer les mécanismes d'accès en formalisant des ententes avec les établissements de santé de la région du Bas-Saint-Laurent.
- Qualité : déployer progressivement des outils d'évaluation, selon les nouvelles normes nationales.
- Ressources humaines: renforcer l'équipe de gestion et de support clinique aux intervenants.
- Rayonnement : positionner le centre de réadaptation en dépendances, l'Estran dans la structure organisationnelle de l'établissement.

Enjeu 5 : Qualité et sécurité des services

- Implanter un programme de gestion intégrée de la qualité.
- Poursuivre l'implantation et mettre à jour les standards cliniques.
- Améliorer l'application des mesures d'atténuation des risques.
- Actualiser les recommandations à la suite de la visite d'Agrément Canada.

Enjeu 6 : Attraction, fidélisation et contribution engagées et optimales des ressources

- Mettre en place des actions ciblées, selon le plan de main d'œuvre de l'établissement.
- Élaborer un plan de développement des ressources humaines.
- Améliorer les mesures de soutien au personnel cadre.

Enjeu 7 : La performance globale du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

- Poursuivre le développement d'une culture d'amélioration continue qui s'actualise entre autres par la mise en place progressive d'une équipe d'experts (ex. : *Lean*) supportant l'organisation dans l'optimisation de son offre de service et le maintien de l'équilibre budgétaire.
- Optimiser l'utilisation des ressources humaines financières, matérielles et financières.
- Mettre à niveau les infrastructures immobilières par l'entremise du plan directeur clinique et immobilier.
- Assurer la mise à niveau des systèmes informatiques.

5.1 Résultats de l'entente de gestion

L'établissement a signé au cours de l'année 2011-2012 une entente de gestion et d'imputabilité avec l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent. Cette entente est la conclusion d'échanges ayant pour objet l'offre de service déployée sur le territoire de la MRC de Rivière-du-Loup pour répondre aux besoins de santé et de bien-être de sa population, considérant les ressources mises à sa disposition.

Dans la présente section, vous trouverez les résultats obtenus par rapport aux engagements de l'établissement.

	Indicateurs	Résultats	Engagement	Écarts	Commentaires
1.1	**SANTÉ PUBLIQUE**				
1.01.12-EG2	Pourcentage des femmes ayant accouché dans l'année de référence et suivies dans les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE)	100,00	80,00	125%	
1.01.12.B1-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 12ième semaine de grossesse à l'accouchement moins un jour (prénatale)	0,15	ND	NA	
1.01.12.B2-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la naissance à la 6e semaine de vie de l'enfant (postnatale 1)	0,98	ND	NA	
1.01.12.B3-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE de la 7e semaine au 12e mois de vie de l'enfant (postnatale 2)	0,26	ND	NA	
1.01.12.B4-EG2	Nombre moyen de visites à domicile par semaine auprès des femmes suivies dans les SIPPE du 13e au 60e mois de vie de l'enfant (postnatale 3)	0,13	ND	NA	
1.01.13-EG2	Proportion d'écoles qui intègrent l'approche École en santé	100,00	65,00	154%	
1.01.14-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1ère dose de vaccin conjugué contre le DCaT-Polio-Hib dans les délais	80,10	75,00	106,80%	
1.01.15-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS leur 1ère dose de vaccin contre le méningocoque de sérogroupe C dans les délais	72,00	75,00	95,90%	Efforts pour donner rendez-vous dans les délais, sensibilisation faite auprès du personnel.
1.01.16.01-EG2	Proportion des enfants recevant en CSSS mission CLSC leur 1ère dose de vaccin conjugué contre la rougeole, la rubéole et les oreillons dans les délais	71,40	75,00	95,20%	Efforts pour donner rendez-vous dans les délais, sensibilisation faite auprès du personnel.
1.1	**SANTÉ PUBLIQUE - Prévention et contrôle des infections nosocomiales**				
1.01.11A-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales- CHSGS	100,00	ND	NA	
1.01.11B-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHSLD	100,00	ND	NA	
1.01.11D-EG1	Pourcentage d'établissements ayant atteint le ratio recommandé d'infirmières (ETC) affectées au programme de prévention des infections nosocomiales - CHPSY	100,00	ND	NA	
1.01.17-EG2	Pourcentage d'établissements de soins aigus ayant un comité de prévention et de contrôle des infections nosocomiales (PCI) fonctionnel	100,00	100,00	100%	
1.1.18-EG2	Pourcentage d'établissements ayant un programme structuré de prévention et de contrôle des infections nosocomiales	100,00	100,00	100%	
1.2	**SERVICES GÉNÉRAUX - Activités cliniques et d'aide**				
1.02.02-EG1	Nbre d'usagers desservis par les services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	228,00	316,00	72,10%	Les services psychosociaux généraux étant dispersés dans chacun des programmes spécifiques, il appert qu'il peut y avoir des erreurs de saisie de données reliées à l'interprétation du profil de la clientèle. Est-il toujours en lien avec l'objet de la demande ou en lien avec le diagnostic de la personne ou encore plus en lien avec le secteur d'intervention spécifique de l'intervenant.
1.02.03-EG1	Nbre moyen d'interventions par usager réalisées dans le cadre des services psychosociaux généraux en CSSS (mission CLSC)	1,58	2,43	65,10%	Les services psychosociaux généraux étant dispersés dans chacun des programmes spécifiques, il appert qu'il peut y avoir des erreurs de saisie de données reliées à l'interprétation du profil de la clientèle. Est-il toujours en lien avec l'objet de la demande ou en lien avec le diagnostic de la personne ou encore plus en lien avec le secteur d'intervention spécifique de l'intervenant.

Résultats de l'entente de gestion (suite)

	Indicateurs	Résultats	Engagement	Écarts	Commentaires
1.3	PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT				
1.03.03-EG1	Nbre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance dans les CHSLD	3,340	3,00	111,30	
1.03.04-EG1	Nbre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels dans les CHSLD	0,244	0,23	105,90	
1.03.05.01-PS	Nombre total d'heures de service de soutien à domicile longue durée rendues par les différents modes de dispensation de services (CSSS - mission CLSC)	59251	ND	NA	
1.03.05.02-CO	Nombre total d'usagers de services de soutien à domicile longue durée rendus par les différents modes de dispensation de service (CSSS - mission CLSC)	1060	ND	NA	
1.03.08-PS	Nombre de places en ressources résidentielles de proximité (tous les programmes-services)	0	ND	NA	
1.03.09-PS	Pourcentage des centres hospitaliers ayant mis en place la majorité des préalables reliés à l'implantation de l'approche adaptée à la personne âgée	100	ND	NA	
1.4	DÉFICIENCE PHYSIQUE				
1.04.03-EG1	Nbre d'usagers ayant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe	40	42	95,20	Toutes les demandes reçues ont été traitées et répondues grâce au fonds consolidé.
1.41.04.01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience physique recevant des services par les CSSS (mission CLSC)	432	ND	NA	
1.42.04.01-EG1	Nombre moyen d'interventions de prestation de services par personne ayant une déficience physique - CSSS	18,3	ND	NA	
1.45.04.01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - tous âges et toutes priorités	85,5	90,00	94,90	
1.45.04.02-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - tous âges - priorité urgente	75,0	90,00	83,30	Nous avons eu des erreurs de saisie de données: ex. nouvelle demande inscrite en DP et traitée dans les délais par la professionnelle qui a indiqué Santé physique au lieu de DP. Nous sommes à revoir le processus avec les gestionnaires et intervenants concernés suite à la mise à niveau faite par l'Agence régionale.
1.45.04.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - tous âges - priorité élevée	87,5	90,00	97,20	Nous faisons face à une importante pénurie de main-d'oeuvre en ergothér[illegible] alors il arrive que nous dépassions les délais. Des ententes ont été convenues avec le secteur privé à titre de mesure supplétive mais cela ne répond pas à l'ensemble des besoins en attente et les ressources interpellées ne sont pas toujours en mesure de partager des professionnels avec nous puisqu'elles sont elles-même en pénurie.
1.45.04.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience physique - toutes déficiences - tous âges - priorité modérée	90	75,00	119,20	
1.45.45.00-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - toutes déficiences - tous âges - toutes priorités	85,4	ND	NA	
1.45.45.02-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - toutes déficiences - tous âges - priorité urgente	75,0	ND	NA	
1.45.45.03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - toutes déficiences - tous âges - priorité élevée	87,0	ND	NA	
1.45.45.04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, CRDP et CRDI selon les délais définis comme standards du plan d'accès - toutes déficiences - tous âges - priorité modérée	95,5	ND	NA	

Résultats de l'entente de gestion (suite)

	Indicateurs	Résultats	Engagement	Écarts	Commentaires
1.5	**DÉFICIENCE INTELLECTUELLE & TED**				
1,05,13-EG1	Nombre d'usagers ayant une déficience intellectuelle ou un TED dont la famille reçoit des services de soutien (répit, gardiennage, dépannage) par allocation directe - CSSS	56,00	41,00	136,50	
1,41,05,01-EG1	Nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle et TED, recevant des services de soutien à domicile par les CSSS (mission CLSC)	70,00	ND	NA	
1,42,05,01-EG1	Nombre moyen d'interventions de prestation de services par personne ayant une déficience intellectuelle et TED - CSSS	11,40	ND	NA	
1,45-05,01-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - tous âges - toutes priorités	83,30	90,00	92,50	Idem aux points 1-45-04-02-PS et 1,45,04,03-PS
1,45,05,03-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - tous âges - priorité élevée	75,00	90,00	83,30	Idem aux points 1-45-04-02-PS et 1,45,04,03-PS
1,45,05,04-PS	Taux des demandes de service traitées en CSSS, selon les délais définis comme standards du plan d'accès aux services pour les personnes ayant une déficience intellectuelle et TED - tous âges - priorité modérée	100,00	75,00	133,30	
1.6	**JEUNES EN DIFFICULTÉ**				
1.06.01 - EG1	Nbre d'usagers (jeunes et leur famille) rejoints en CSSS (mission CLSC)	931,00	680,00	136,90%	
1.06.02-EG1	Nbre moyen d'interventions par usager (jeunes et leur famille) en CSSS (mission CLSC)	6,82	6,35	107,30%	
1.7	**DÉPENDANCES**				
1.07.04-PS	Pourcentage des personnes qui sont évaluées en dépendance en centre de réadaptation dans un délai de 15 jours ouvrables ou moins	59,20	ND	NA	
1.07.06-PS	Nombre de jeunes et d'adultes à risque d'abus ou de dépendance ayant reçu des services de première ligne en toxicomanie et en jeu pathologique, offerts par les CSSS	1,00	ND	NA	
1.8	**SANTÉ MENTALE**				
1.08.05-PS	Nombre de places en soutien d'intensité variable dans la communauté pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	17,00	25,00	68,00%	Manque de ressources versus les requis, donc difficultés à transférer clientèle du SI au SIV
1.08.06-PS	Nombre de places en service de suivi intensif dans le milieu pour les adultes de 18 ans et plus mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu ces services	73,00	50,00	146,00%	
1.08.07-EG1	Séjour moyen sur civière à l'urgence pour des problèmes de santé mentale	9,25	12,00	122,80%	Belle amélioration
1.08.08-EG1	Pourcentage de séjour de 48 heures et plus sur civière à l'urgence pour un problème de santé mentale	0,26	0,00	0,00%	Belle amélioration
1,08,09-PS	Nombre d'usagers souffrant de troubles mentaux ayant reçu des services de 1re ligne en santé mentale en CSSS (mission CLSC)	903,00	572,00	157,80%	
1,08,10-EG1	Nombre d'usagers dont le délai d'accès aux services de 2e ou de 3e ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	35	22	40,90%	Attente faite après priorisation. Première évaluation faite dans les 24 heures de la réception de la demande (jeunesse)

Résultats de l'entente de gestion (suite)

	Indicateurs	Résultats	Engagement	Écarts	Commentaires
1.9	**SANTÉ PHYSIQUE - Séjour à l'urgence**				
1.09.01-PS	Séjour moyen sur civière	13,48	11,00	77,40%	Amélioration comparativement à l'an passé, plan d'action en cours
1.09.02-EG1	Séjour moyen sur civière des personnes de 75 ans et plus	17,21	11,00	43,50%	Amélioration comparativement à l'an passé, plan d'action en cours
1.09.03-PS	% de séjour de 48 heures et plus sur civière	0,30	0,00	0,0%	
1.09.04-EG1	% de séjour de 48 heures et plus sur civière des personnes de 75 ans et plus	0,50	0,00	0,0%	
1,09,31-PS	Pourcentage de séjour de 24 heures et plus sur civière	18,47	ND	NA	Amélioration comparativement à l'an passé, plan d'action en cours
1,9	**SANTÉ PHYSIQUE - Soins palliatifs - radio-oncologie**				
1,09,05-EG1	Nbre d'usagers desservis en soins palliatifs à domicile	159,00	117,00	135,80%	
1,09,06-EG1	Nbre moyen d'interventions par usager en soins palliatifs à domicile	19,24	17,26	111,40%	
1,09,33-PS	Pourcentage de patients traités par chirurgie oncologique dans un délai inférieur à 28 jours (de calendrier)	72,10	ND	NA	Suivi plus serré fait à tous les mois
1,9	**SANTÉ PHYSIQUE - Chirurgie - nombre**				
1,09,11-EG1	Nombre d'arthroplasties de la hanche réalisées	90,00	64,00	140,60%	En augmentation
1,09,12-EG1	Nombre d'arthroplasties du genou réalisées	130,00	75,00	173,30%	En augmentation
1,09,13-EG1	Nombre d'arthroplasties de la cataracte réalisées	702,00	580,00	121,00%	En augmentation
1,09,14-EG1	Nbre de chirurgies d'un jour réalisées (excluant cataractes)	1810,00	1650,00	109,60%	En augmentation
1,09,15-EG1	Nbre de chirurgies avec hospitalisation réalisées (excluant PTH, PTG)	1361,00	1576,00	87,46%	Nous faisons plus de chirurgies d'un jour, que de chirurgies hospitalisées selon les "guide line"
1,09,32,01-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale de la hanche	0,00	0,00	100,00%	
1,09,32,02-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une arthroplastie totale du genou	0,00	0,00	100,00%	
1,09,32,03-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie de la cataracte	0,00	0,00	100,00%	
1,09,32,04-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie d'un jour	0,00	0,00	100,00%	
1,09,32,05-EG2	Nombre de demandes de chirurgies en attente depuis plus de 1 an pour une chirurgie avec hospitalisation	0,00	0,00	100,00%	
1,9	**SANTÉ PHYSIQUE - Chirurgie - durée de l'attente**				
1,09,20,01-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale de la hanche	60,30	90,00	66,90%	La demande était aucune chirurgie en retard au 31 mars 2012. Ce qui fit fait. Il faut tenir compte des ajustements faits au bloc opératoire. Devrait s'améliorer l'an prochain.
1,09,20,02-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une arthroplastie totale du genou	53,10	90,00	58,90%	La demande était aucune chirurgie en retard au 31 mars 2012. Ce qui fit fait. Il faut tenir compte des ajustements faits au bloc opératoire. Devrait s'améliorer l'an prochain.
1,09,20,03-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie de la cataracte	99,40	90,00	110,40%	
1,09,20,04-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie d'un jour	92,90	90,00	103,10%	
1,09,20,05-PS	Pourcentage des demandes inscrites au mécanisme central traitées dans les délais pour une chirurgie avec hospitalisation	91,60	90,00	101,70%	
3,1	**RESSOURCES HUMAINES**				
3,01-PS	Ratio entre le nbre d'heures en assurance salaire et le nbre d'heures travaillées	6,11	5,20	82,5%	Le service santé effectue régulièrement une vérification des dossiers des personnes en assurance salaire. Un suivi étroit est fait. Nous avons débuté PRATA PLUS pour les problèmes de santé mentale.
3,05,01-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par les infirmières	4,95	5,30	106,5%	
3,05,02-PS	Pourcentage des heures supplémentaires travaillées par le personnel du réseau	2,97	2,80	93,9%	Augmentation des activités dans certains secteurs, pénurie de main-d'oeuvre dans certains secteurs.
3,06,01-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières	0,00	0,00	100,0%	
3,06,02-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les infirmières auxiliaires	0,00	0,00	100,0%	
3,06,03-PS	Pourcentage de recours à la main-d'oeuvre indépendante par les préposés aux bénéficiaires	0,00	0,00	100,0%	

5.2 Volumes des activités

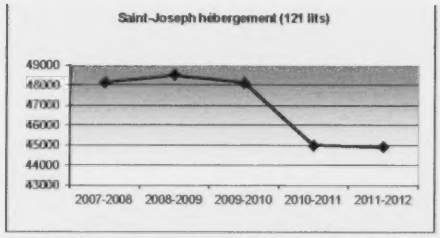
Dans cette section, nous vous présentons les résultats de l'offre de service du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'année 2011-2012.

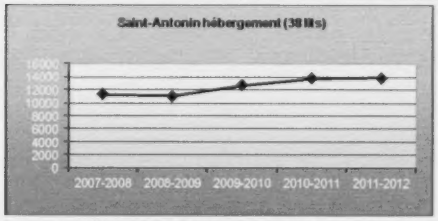
Programme Personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

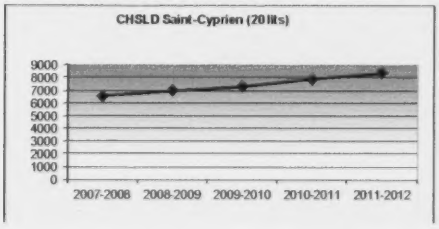
Hébergement

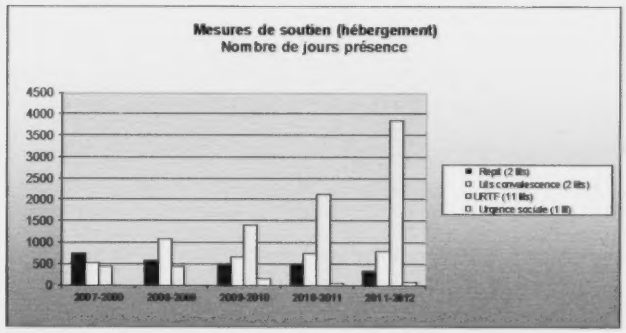
HÉBERGEMENT EN CHSLD					
CHSLD	Jours-présence				
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Saint-Antonin hébergement (38 lits)	11240	11018	12699	13719	13798
Répit (2 lits)	745	560	488	453	324
Lits convalescence (2 lits)	532	1085	647	728	793
URTF (11 lits)	449	430	1410	2109	3835
Urgence sociale (1 lit)			144	29	70
Saint-Joseph hébergement (121 lits)	48124	48512	48135	44976	44892
CHSLD Saint-Cyprien (20 lits)	6541	6946	7287	7858	8368

Évolution des jours/présence



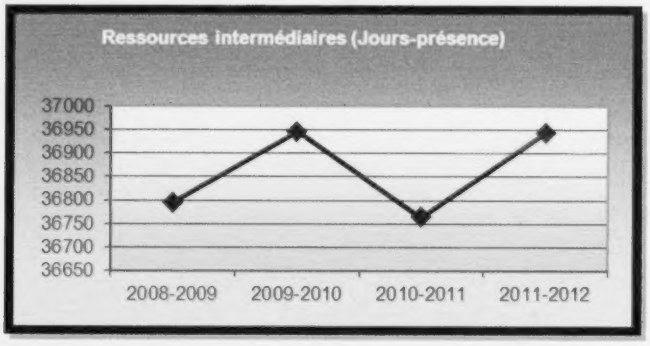






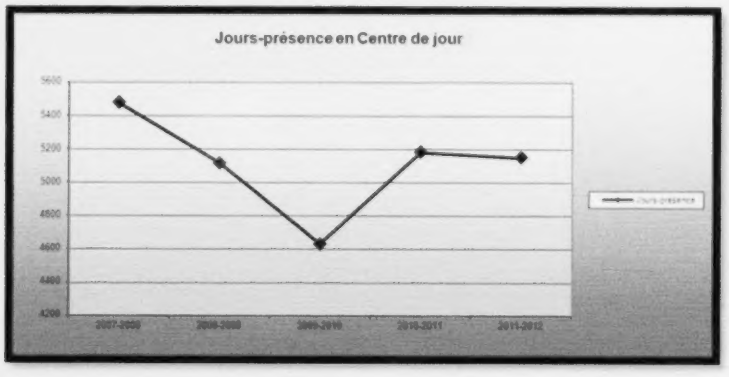
Hébergement

Ressources intermédiaires					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers Début année	103	99	102	100	104
Admissions	42	52	43	41	44
Départs	46	49	45	37	48
Usagers Fin année	99	102	100	104	100
Jours-présence (rétribués)	37139	36795	36946	36763	36943
Nombre de places	103	102	102	104	104



Centre de jour

Présence au Centre de jour pour personnes en perte d'autonomie					
Année	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Jours-présence	5475	5114	4629	5180	5149

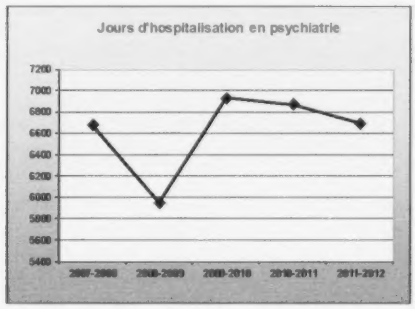


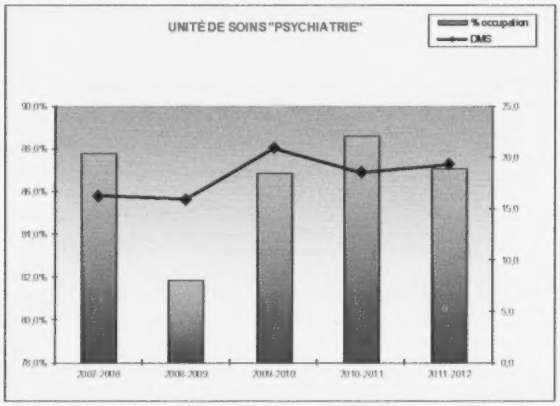
Programme santé mentale

Hospitalisation – courte durée

Unité de soins psychiatriques				
Année financière	Usagers	Jrs Hosp	% occupation	DMS
2007-2008	413	6676	87,8%	16,2
2008-2009	373	5947	81,9%	15,9
2009-2010	331	6929	86,9%	20,9
2010-2011	371	6870	88,6%	18,5
2011-2012	347	6690	87,1%	19,3

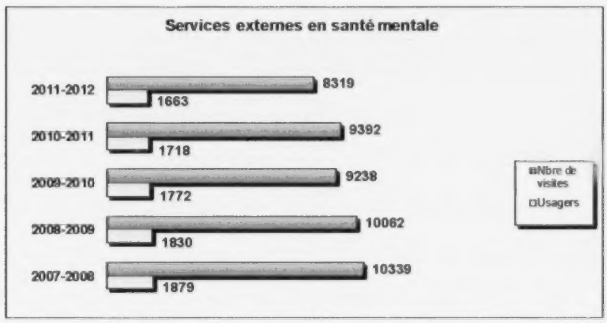
Nombre de lits (2011-2012)	21
Jours théoriques (366)	7686

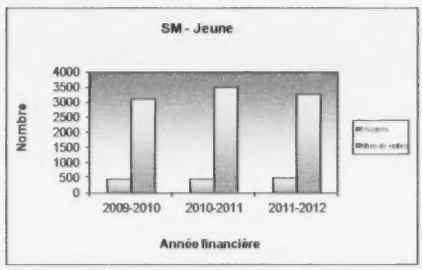


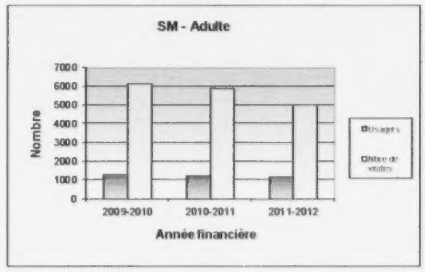


Services externes en santé mentale

	SM - Jeune		SM - Adulte		Total	
Année Financière	Usagers	Nbre de visites	Usagers	Nbre de visites	Usagers	Nbre de visites
2007-2008	544	3736	1335	6603	1879	10339
2008-2009	506	3974	1324	6088	1830	10062
2009-2010	469	3127	1303	6111	1772	9238
2010-2011	474	3506	1244	5886	1718	9392
2011-2012	488	3263	1175	5056	1663	8319







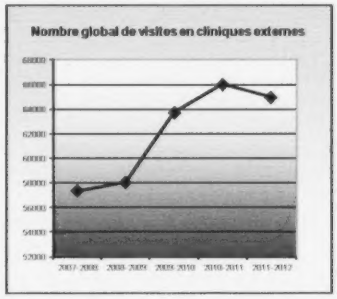
Hébergement en santé mentale

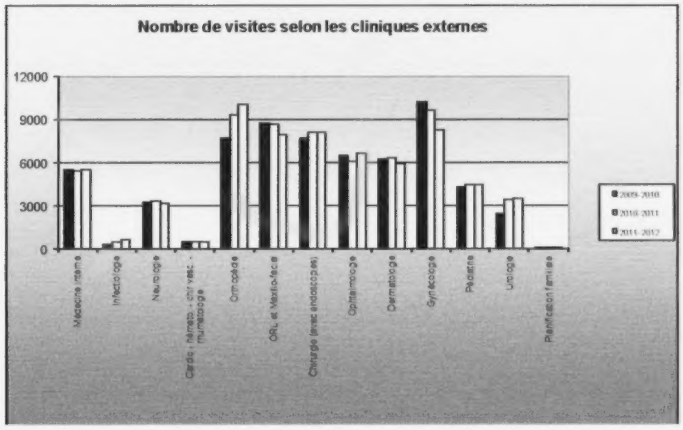
Ressources de type familial					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers Début année	65	52	58	59	60
Admissions	11	14	7	8	3
Départs	24	8	6	6	7
Usagers Fin année	52	58	59	61	56
Jours-présence	20617	18969	21236	21772	21577

Ressources intermédiaires					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers Début année	34	24	15	13	14
Admissions	16	7	3	3	8
Départs	26	16	5	2	10
Usagers Fin année	24	15	13	14	12
Jours-présence	11577	8345	4892	5039	4804

Santé physique
Visites en clinique externes

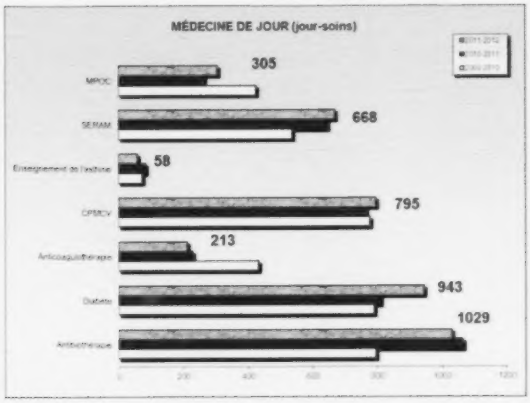
CLINIQUES EXTERNES	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Médecine interne	5310	5143	5521	5454	5561
Infectiologie	248	230	354	529	651
Neurologie	1419	2907	3287	3312	3152
Cardio - hémato. chir vasc. rhumatologie	445	521	553	480	483
Orthopédie	6251	5967	7733	9367	10077
ORL et Maxillo facial	9577	9229	8776	8692	7939
Chirurgie (avec endoscopies)	7778	8035	7699	8094	8155
Ophtalmologie	6492	6699	6471	6126	6678
Dermatologie	3687	3845	6252	6376	5953
Gynécologie	9723	7799	10193	9640	8267
Pédiatrie	4060	4454	4337	4445	4488
Urologie	2304	3163	2478	3391	3504
Planification familiale	22	30	73	71	54
Total	**57316**	**58022**	**63727**	**65977**	**64962**





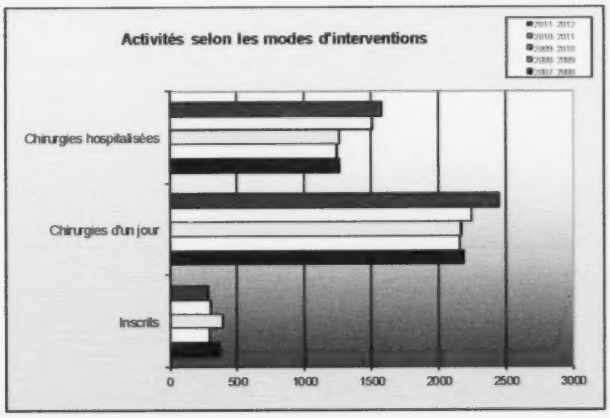
Médecine de jour

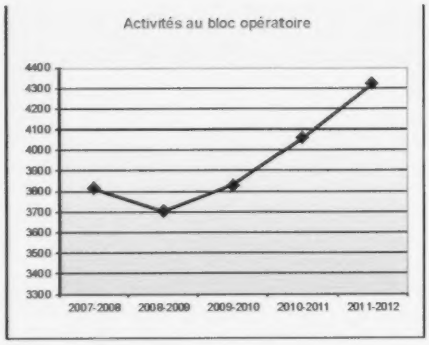
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Antibiothérapie	718	891	795	1064	1029
Diabète	742	752	790	809	943
Anticoagulothérapie	475	480	433	229	213
CPMCV	529	752	777	764	795
Enseignement de l'asthme	77	64	74	84	58
SERAM	532	551	537	645	668
MPOC	416	544	425	265	305
TOTAL	3489	4034	3831	3860	4011



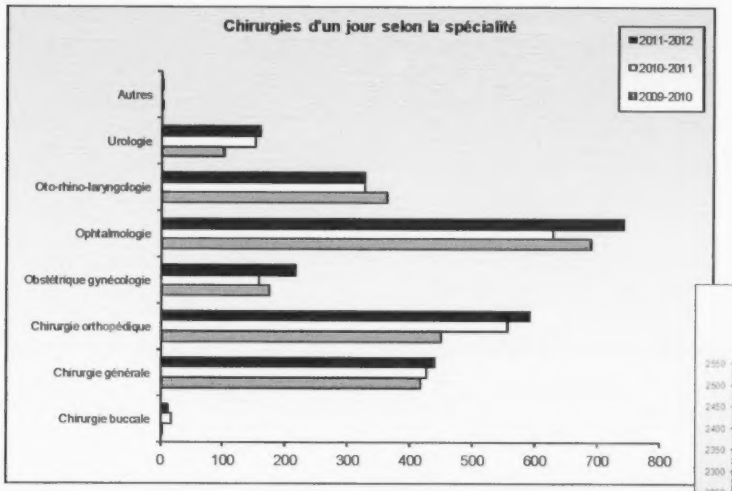
Chirurgie

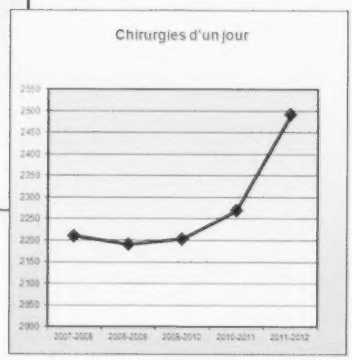
Année financière	Inscrits	Chirurgies d'un jour	Chirurgies hospitalisées	TOTAL
2007-2008	362	2187	1265	3814
2008-2009	294	2160	1249	3703
2009-2010	393	2172	1264	3829
2010-2011	307	2244	1506	4057
2011-2012	290	2453	1576	4319





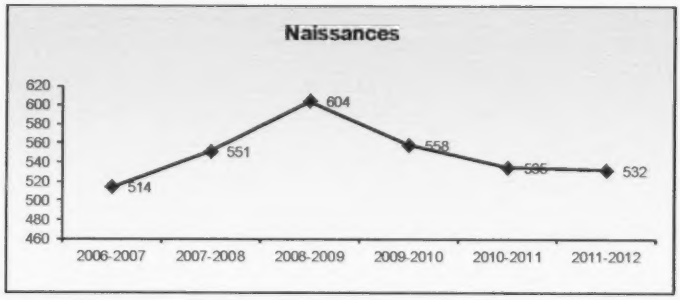
Chirurgies d'un jour par spécialité (formulaire admission AH-101P)					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Chirurgie buccale	18	13	4	18	12
Chirurgie générale	418	416	416	428	439
Chirurgie orthopédique	390	419	451	557	593
Obstétrique gynécologie	195	182	175	158	217
Ophtalmologie	725	642	691	630	743
Oto-rhino-laryngologie	354	379	362	326	326
Urologie	109	139	102	151	159
Autres	0	0	1	0	1
TOTAL	**2209**	**2190**	**2202**	**2268**	**2490**





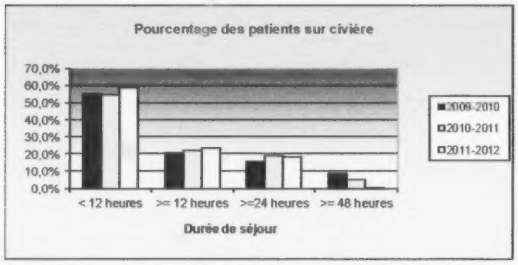
Naissances

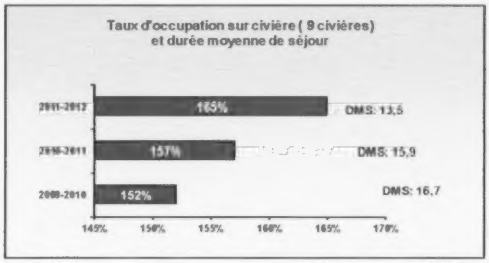
NAISSANCES	
2006-2007	514
2007-2008	551
2008-2009	604
2009-2010	558
2010-2011	535
2011-2012	532

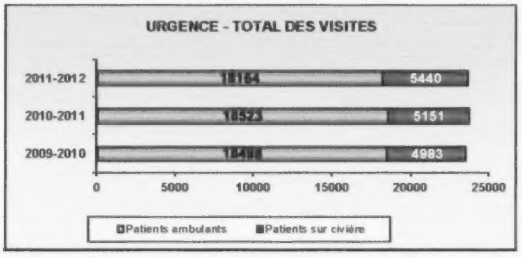


Urgence

	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Taux d'occupation sur 9 civières	154%	155%	152%	157%	165%
Durée moyenne séjour civière (h)	14,8	18,4	16,7	15,9	13,5
< 12 heures	53,5%	49,9%	55,3%	54,4%	58,2%
>= 12 heures	24,7%	20,2%	20,5%	22,0%	23,3%
>=24 heures	18,1%	20,7%	15,4%	18,8%	18,2%
>= 48 heures	3,7%	9,1%	8,8%	4,8%	0,3%
TOTAL	100%	100%	100%	100%	100%
Patients ambulants	20979	19706	18498	18523	18164
Patients sur civière	5072	5076	4983	5151	5440

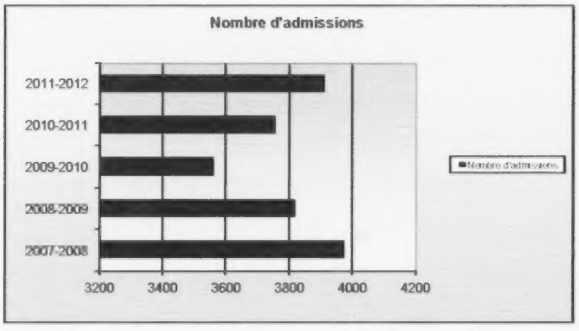


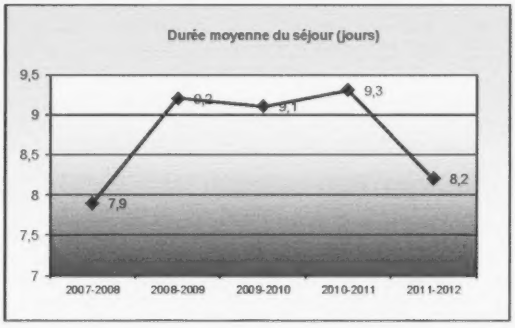




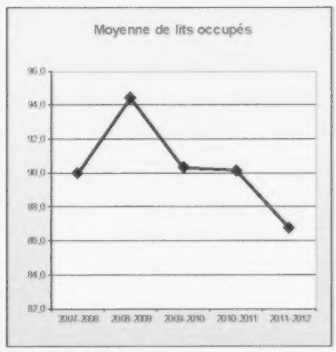
Hospitalisation

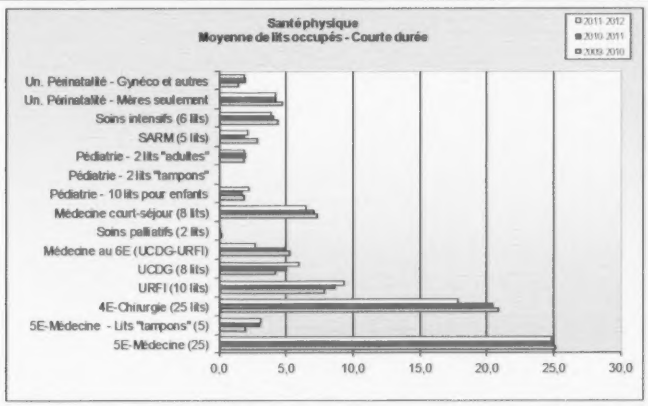
Nombre d'admissions et durée de séjour					
	2007-2008	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Nombre d'admissions	3972	3818	3561	3754	3911
Durée moyenne du séjour (jours)	7,9	9,2	9,1	9,3	8,2





HOSPITALISATIONS SANTÉ PHYSIQUE					
Unité de soins	**2007-2008**	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
5E-Médecine (25)	24,8	25,0	25,2	24,9	24,8
5E-Médecine - Lits "tampons" (5)	2,4	4,8	2,0	3,1	3,2
4E-Chirurgie (25 lits)	18,8	20,5	20,9	20,5	17,9
URFI (10 lits)	8,9	9,1	7,9	8,7	9,3
UCDG (8 lits)	6,3	6,0	4,2	5,1	6,0
Médecine au 6E (UCDG-URFI)	2,6	2,4	5,3	4,9	2,7
Soins palliatifs (2 lits)	1,8	1,9	0,2	0,0	0,0
Médecine court-séjour (8 lits)	7,5	7,6	7,3	7,1	6,5
Pédiatrie - 10 lits pour enfants	2,3	2,0	1,9	1,7	2,2
Pédiatrie - 2 lits "tampons"	0,4	0,3	n.d.	n.d.	n.d.
Pédiatrie - 2 lits "adultes"	2,0	2,0	1,9	2,0	1,9
SARM (5 lits)	1,2	1,8	2,9	1,9	2,1
Soins intensifs (6 lits)	4,4	4,4	4,4	4,1	3,9
Un. Périnatalité - Mères seulement	4,6	4,8	4,7	4,2	4,3
Un. Périnatalité - Gynéco et autres	2,2	1,8	1,5	2,0	1,9
Total	**90,0**	**94,4**	**90,3**	**90,1**	**86,8**
Pouponnière	4,6	5,2	4,9	4,5	4,4





Réadaptation

AUDIOLOGIE	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers	596	695	1097	1449
Jours-traitements	614	705	1135	1521
Heures prestation	532	377	1430	2031

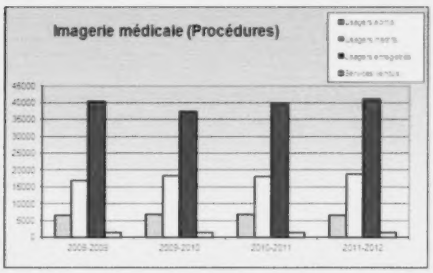
ORTHOPHONIE	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers	222	185	146	53
Jours-traitements	1445	1080	681	719
Heures prestation	2786	2111	1534	990

PHYSIOTHÉRAPIE	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers	1616	1488	1593	1788
Jours-traitements	13894	12092	12058	12855
Heures prestation	13819	12533	12552	12849

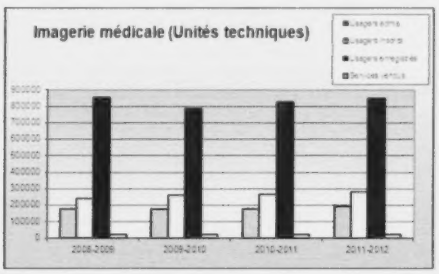
ERGOTHÉRAPIE	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers	1191	1172	1253	1156
Jours-traitements	6553	6746	6812	5877
Heures prestation	8076	7821	8458	8145

Imagerie médicale

IMAGERIE (PROCÉDURES)	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers admis	6523	6636	6683	6525
Usagers inscrits	16879	18134	17981	18646
Usagers enregistrés	40381	37373	39897	40999
Services vendus	1459	1229	1313	1284
Total	**65242**	**63372**	**65874**	**67454**



IMAGERIE (UNITÉS TECHNIQUES)	2008-2009	2009-2010	2010-2011	2011-2012
Usagers admis	175770	178045	179360	190623
Usagers inscrits	242179	262329	267807	283745
Usagers enregistrés	851596	787534	824796	846950
Services vendus	23137	19779	20819	22612
Total	**1292682**	**1247687**	**1292782**	**1343930**

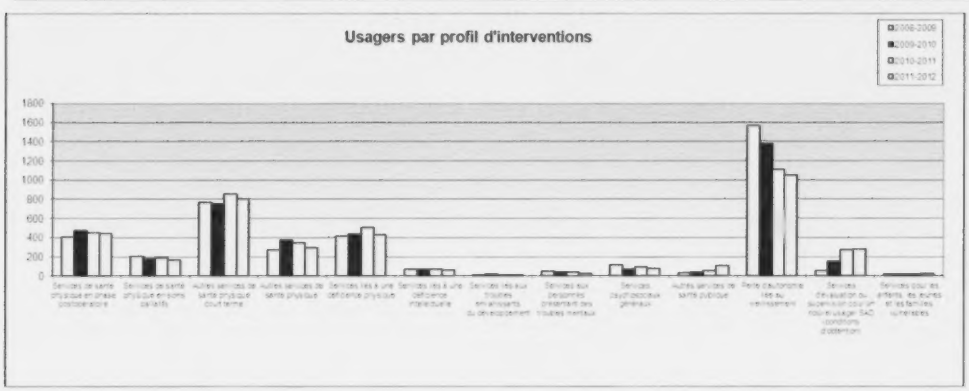


Services de 1e ligne
Soins à domicile toutes clientèles

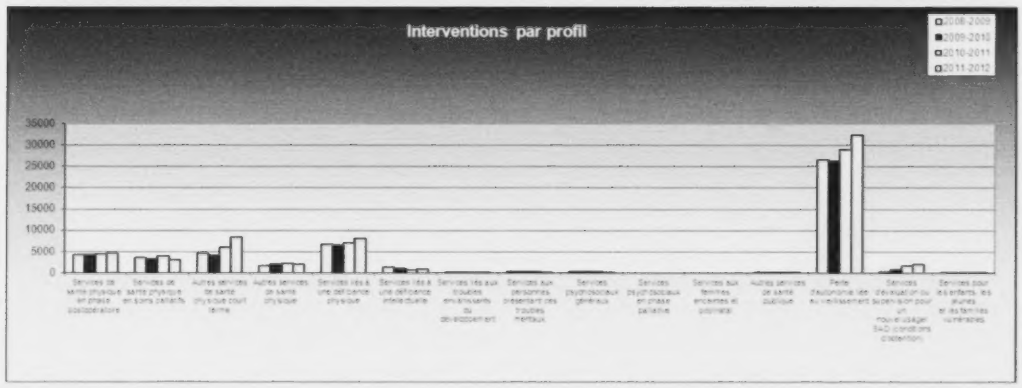
Usagers				
Centre d'activité	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
Soins infirmiers	1316	1294	1334	1425
Inhalothérapie	202	213	193	180
Aide à domicile	534	563	514	527
Services psychociaux	1433	1147	1131	1085
Ergothérapie	621	532	521	464
Physiothérapie	432	454	451	448
Total	**4538**	**4203**	**4144**	**4129**
Nombre réel d'usagers différents	**2506**	**2371**	**2211**	**2145**

Interventions				
Centre d'activité	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
Soins infirmiers	16107	15525	18639	22756
Inhalothérapie	1181	1473	1365	1396
Aide à domicile	19414	20126	22229	23592
Services psychociaux	7138	6479	7195	7968
Ergothérapie	2722	2011	2378	2289
Physiothérapie	2722	2832	3166	3409
Total	**49284**	**48446**	**54972**	**61410**

Usagers				
Profil d'intervention	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
Services de santé physique en phase postopératoire	405	467	447	438
Services de santé physique en soins palliatifs	197	177	188	159
Autres services de santé physique court terme	761	747	856	799
Autres services de santé physique	270	369	341	291
Services liés à une déficience physique	410	435	497	424
Services liés à une déficience intellectuelle	62	66	67	59
Services liés aux troubles envahissants du développement	8	13	7	6
Services aux personnes présentant des troubles mentaux	42	36	35	20
Services psychosociaux généraux	108	63	91	71
Autres services de santé publique	27	38	50	104
Perte d'autonomie liée au vieillissement	1562	1376	1108	1048
Services d'évaluation ou supervision pour un nouvel usager SAD (conditions d'obtention)	53	147	271	272
Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	12	13	10	19
Total	**3917**	**3947**	**3968**	**3710**
Nombre réel d'usagers différents	**2506**	**2371**	**2211**	**2145**

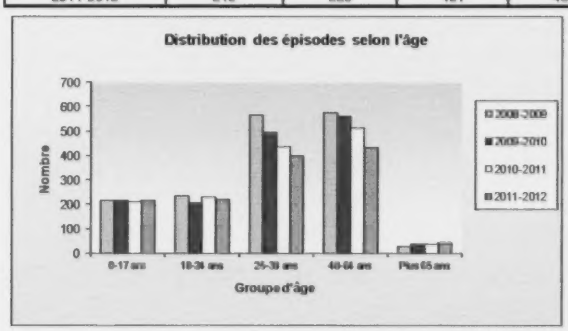


Interventions				
Profil d'intervention	**2008-2009**	**2009-2010**	**2010-2011**	**2011-2012**
Services de santé physique en phase postopératoire	4241	4218	4305	4561
Services de santé physique en soins palliatifs	3573	3168	3918	3059
Autres services de santé physique court terme	4586	3972	5967	8315
Autres services de santé physique	1598	2027	2080	2014
Services liés à une déficience physique	6554	6363	6963	7899
Services liés à une déficience intellectuelle	1300	1019	598	734
Services liés aux troubles envahissants du développement	13	44	9	34
Services aux personnes présentant des troubles mentaux	235	327	340	127
Services psychosociaux généraux	269	195	207	118
Services psychosociaux en phase palliative				
Services aux femmes enceintes et postnatal				
Autres services de santé publique	31	45	50	108
Perte d'autonomie liée au vieillissement	26539	26174	28935	32338
Services d'évaluation ou supervision pour un nouvel usager SAD (conditions d'obtention)	255	847	1569	2004
Services pour les enfants, les jeunes et les familles vulnérables	90	51	34	101
Nombre réel d'usagers différents	**49284**	**48450**	**54975**	**61412**



Le Centre de réadaptation en dépendances, l'Estran

USAGERS INSCRITS EN CENTRE DE JOUR ET EN EXTERNE / alcool et drogues (épisodes de service)						
	0-17 ans	18-24 ans	25-39 ans	40-64 ans	Plus 65 ans	Total
2008-2009	214	233	566	573	30	1616
2009-2010	215	208	493	562	35	1513
2010-2011	213	231	439	512	37	1432
2011-2012	215	220	401	431	40	1307



JEU PATHOLOGIQUE		
	2010-2011	2011-2012
Nombre de joueurs pathologiques traités	69	64

6. Direction et programmes

6.1 Direction réseau et centre de réadaptation en dépendances, l'Estran.

La direction Réseau existe depuis la mise en place du nouveau plan d'organisation, soit en 2008. Le défi de cette direction consiste à diriger toute l'offre de service du Centre de santé et des services sociaux, regroupée en quatre réseaux, soit: le réseau santé physique, le réseau accompagnement à l'autonomie, le réseau enfance jeunesse famille et le réseau santé mentale et dépendances. Au cours de la dernière année, la direction s'est vue confier la responsabilité du Centre de réadaptation en dépendances, l'Estran.

Voici les faits saillants qui ont marqué l'année 2011-2012 à travers la direction Réseau.

RÉSEAU SANTÉ PHYSIQUE

Chirurgie, soutien à domicile et clinique externe de réadaptation

- Consolidation du travail à l'unité de chirurgie en système modulaire;
- Diminution significative de la liste d'attente en audiologie, à la suite de l'arrivée d'une deuxième audiologiste;
- Rehaussement de la plateforme informatique pour la planification des visites du soutien à domicile;
- Intégration d'une infirmière auxiliaire dans l'équipe de base au soutien à domicile.

Bloc opératoire, chirurgie d'un jour, clinique préopératoire et inhalothérapie

- Révision de la trajectoire chirurgicale et mise en place de la nouvelle façon de faire;
- Poursuite du plan d'action au bloc opératoire dans le but d'augmenter la productivité;
    - Augmentation de la productivité du bloc opératoire de l'ordre de 17,5 % comparativement à l'année 2009. Diminution des délais d'attente de plus de six mois de 7 % et de plus de 12 mois de 2,2 %.

Médecine, cliniques spécialisées, le dispensaire de l'Ile Notre-Dame-des-Sept-Douleurs, Amélioration de la présence des nutritionnistes et d'un kinésiologue dans les GMF et les cliniques privées;

- Révision de certaines façons de faire en clinique de dermatologie et de sclérose en plaques;
- Révision du programme de soins palliatifs en cours;
- Poursuite du guichet unique pour la clientèle orpheline;
- Achat d'un véhicule tout terrain pour l'Ile Notre-Dame-des-Sept-Douleurs.

Soins critiques et cliniques spécialisées

- Poursuite de l'implantation à l'urgence d'une approche adaptée de soins de courtes durées à une clientèle vieillissante;
- Diminution significative du nombre de séjours de plus de 48 heures sur civière;
- Révision des façons de faire à la centrale de rendez-vous afin d'améliorer l'accessibilité à la population (en cours).

RÉSEAU ACCOMPAGNEMENT À L'AUTONOMIE

Hébergement (Saint-Joseph, Saint-Antonin, Saint-Cyprien)

- Travaux en cours sur la définition de l'offre de service pour les résidents ayant des troubles de comportements;
- Ajout temporaire de deux lits d'hébergement au Centre d'hébergement de Saint-Cyprien pour répondre aux besoins de la clientèle;
- Poursuite des activités du comité de nutrition;
- Travaux d'amélioration physique des lieux au Foyer de St-Antonin;
- Mise en place des recommandations ministérielles à la suite de la visite en avril 2011 aux CHSLD St-Antonin et St-Cyprien;
- Mise en place d'activités multimédias pour les résidents.

UCDG-URFI, SEGA, ressources intermédiaires et soutien à domicile

- Révision de l'offre de service au SEGA;
- Adhésion au regroupement des UCGD québécoises et révision en cours de l'offre de service de l'UCDG;
- Consolidation du partenariat avec le COMITÉ D'ACTION BÉNÉNÉVOLE pour le SOUTIEN À DOMICILE;
- Application d'un plan de contingence en ergothérapie, en lien avec la diminution importante des heures en ergothérapie au niveau du SAD, de l'UCDG, et ce, par manque de ressources.

RÉSEAU ENFANCE – JEUNESSE- FAMILLE

Périnatalité, clinique de gynécologie et santé des jeunes – clientèle 0-5 ans

- Promotion de la cohabitation de la mère avec son nouveau-né à l'hôpital;
- Poursuite du projet AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux) à l'unité de périnatalité;
- Amélioration du continuum de services 0-5 ans;
- Révision des requis de service et organisation des modalités d'implantation;
- Révision de l'organisation du travail en lien avec Initiatives Amis des Bébés (CH/CLSC);
- Dépôt de la planification triennale pour Avenir d'enfants;
- Expérimentation de la clinique de développement sur une base continue.

Court séjour - pédiatrie - santé mentale aux jeunes - clientèle 5-20 ans

- Campagne de vaccination importante au niveau de la rougeole;
- Amélioration du continuum de services 5-20 ans;
- Révision des requis de services et organisation des modalités d'implantation;
- Révision du protocole d'entente pour les jeunes présentant des difficultés d'adaptation et autres avec la commission scolaire;
- Révision des activités de la santé publique dispensée en milieu scolaire;
- Dépôt de la planification triennale pour Québec en forme (saines habitudes de vie).

Clinique de planning familiale - déficience intellectuelle, troubles envahissants du développement, déficience physique

- Continuité dans la mise en place du plan d'accès (standards d'accès et suivi des indicateurs, mesures supplétives et d'appoint, travaux régionaux pour la fonction d'intervenant pivot réseau, travaux régionaux pour l'orthophonie, implication dans la définition du modèle émergent);
- Révision du protocole d'interruption volontaire de grossesse;
- Implantation du questionnaire de satisfaction de la clientèle;
- Réalisation d'activités de sensibilisation en matière de violence conjugale et d'agressions sexuelles, dans les médias et dans les organisations impliquées localement;
- Activités de sensibilisation et d'information au sein du KRTB sur les services offerts au planning familiale.

RÉSEAU SANTÉ MENTALE ET DÉPENDANCES PREMIÈRE LIGNE

Volet traitement : psychiatrie, clinique psychiatrique, clinique sans mur, accueil et urgence sociale

- Amélioration du continuum de services entre la 1ere et la 2e ligne;
- Consolidation du comité d'accès et du comité clinique interdisciplinaire;
- Diminution de la durée de séjour des clients sur civière à l'urgence;
- Révision de l'offre de service à l'accueil social;
- Évaluation de l'offre des services sociaux généraux.

Dépendances 1re ligne

- Élaboration du mécanisme d'accès local et de la trajectoire de services du programme dépendances;
- Rafraîchissement de la formation en dépendances pour les intervenants.

Centre de réadaptation en dépendances, l'Estran

Le Centre de réadaptation en dépendances, l'Estran est sous la responsabilité de la direction Réseau. L'Estran offre des services externes gratuits et confidentiels à toute la population du Bas-Saint-Laurent. Différents points de service, situés dans chacune des huit MRC du territoire, permettent de couvrir l'ensemble du territoire. Ses services de réadaptation, d'adaptation et d'intégration sociale sont disponibles pour toute personne concernée par des problèmes reliés à la consommation d'alcool, drogues ou médicaments. Il peut aussi s'agir de services de réadaptation offerts directement aux personnes aux prises avec des problèmes de jeu excessif.

Voici les faits saillants des activités réalisées par l'équipe du Centre de réadaptation en dépendance, l'Estran, au cours de l'année 2011-2012.

Accessibilité :

- Révision de l'offre de service intégrée spécifique de 2e ligne en dépendances au CRD est actuellement en cours;
- Définition et diffusion du rôle de l'intervenant désigné auprès de l'équipe;
- Définition des critères de priorisation de la clientèle;

- Mise en place de services spécialisés en dépendances pour les jeunes en unité de vie au CJBSL;
- Mise en place d'un comité clinique entre le CRD et le CJBSL;
- Mise en place d'un comité de coordination entre le CRD et le CJBSL;
- Formalisation des ententes entre le CRD et le CJBSL, en lien avec le projet stratégie d'action jeunesse;
- Établissement et formalisation d'ententes de partenariat avec cinq CSSS, la Commission scolaire du Fleuve-et-des-Lacs et le Centre jeunesse du Bas-Saint-Laurent. Des démarches sont en cours avec les autres CSSS et les établissements de 2e ligne;
- Élaboration d'une feuille de référence pour les services spécialisés du CRD;
- Élaboration d'une feuille de suivi à l'orientation des services offerts au CRD;
- Soutien et conseils à la 1re ligne dans le déploiement d'une offre de service en dépendances aux CSSS;
- Amélioration de la communication, la concertation et la collaboration inter équipe et avec les partenaires;
- Participation à différentes activités avec nos partenaires (information, formation).

Qualité et sécurité :

- Appropriation par les intervenants du CRD, du contenu de la formation en dépendances 1re ligne;
- Appropriation du guide des bonnes pratiques de la réadaptation adulte par les intervenants;
- Choix des priorités d'intervention en lien avec les bonnes pratiques;
- Participation au processus de l'Agrément;
- Participation à la journée d'appropriation du guide des bonnes pratiques en ce qui concerne l'entourage;
- Mise en place d'un comité de coordination en vue de l'implantation de l'outil d'évaluation GAIN;
- Participation au comité d'implantation du GAIN au niveau provincial;
- Élaboration du plan d'action pour l'implantation du GAIN;
- Participation à la table des responsables cliniques de l'ACRDQ;
- Participation à la table des directeurs généraux;
- Diffusion de la politique et de la procédure de la gestion des risques;
- Ébauche d'un programme pour favoriser la réinsertion sociale et professionnelle des jeunes en traitement de réadaptation, par le développement des habiletés nécessaires pour agir de manière autonome sur les plans social, économique et affectif.

Rayonnement :

Révision du positionnement de l'Estran au niveau du plan d'organisation est en cours.

Ressources humaines :

- Réorganisation de la structure des services au niveau des secteurs Adultes et Jeunes;
- Élaboration du plan de développement des ressources humaines en fonction des compétences à développer.

Ressources financières, matérielles et informationnelles :

- Formalisation d'ententes avec les services d'approvisionnement des CSSS;
- Détermination des ressources informationnelles nécessaires à l'exécution du travail pour les différents points de service;
- Distribution des ressources informationnelles aux intervenants;
- Démarche en cours pour la mise en place d'un cyberespace spécifique au CRD sur l'Intranet du CSSS.

6.2 Direction des services professionnelles et programme de santé physique

SERVICES PROFESSIONNELS

Médecine générale

À la suite du travail de nos représentants à la Direction régionale de médecine générale et à l'évaluation de nos ressources par l'exécutif du département, nous avons obtenu trois postes de nouveaux facturants. Toutefois, sur trois candidats recrutés, un seul se joindra à nous en 2012, les deux autres ayant été acceptés au programme de perfectionnement en médecine d'urgence. Nous nous devons donc de faire appel à nouveau au mécanisme de dépannage provincial à l'urgence et à la tournée hospitalière.

Le départ de trois médecins de la pratique hospitalière et l'absence de trois autres pour congés de maternité ont fragilisé nos services de deuxième ligne en médecine générale.

Pharmacie

L'année des défis! D'abord, le projet de construction des nouveaux locaux a été livré avec brio grâce à l'implication constante des pharmaciens. Puis, l'installation de l'ensacheuse qui a demandé une collaboration assidue des soins infirmiers et de l'équipe de la pharmacie. Nous sommes toujours à 4,8 pharmaciens sur un plan d'effectifs de 9. Nous devons toujours faire appel à des pharmaciens dépanneurs. Une pharmacienne a été recrutée et sera de retour d'un congé de maternité en février 2013.

Imagerie médicale

L'ajout d'un troisième appareil d'échographie nous a permis de ramener à des délais plus acceptables notre liste d'attente pour ce type d'examens. Le départ du docteur Grégoire Blais, médecin spécialiste en médecine nucléaire, est venu fragiliser ce service. Nous avons la chance d'avoir une couverture sur place par des médecins nucléistes de l'Hôpital Enfant-Jésus. Nous intensifions nos activités de recrutement dans cette spécialité.

Chirurgie orthopédique et bloc opératoire

L'augmentation de la performance de l'équipe du bloc opératoire (chirurgiens, anesthésiologistes, inhalothérapeutes et infirmières) a fait en sorte que nous atteignons nos cibles ministérielles pour l'année en cours. Pour l'année 2012, nous envisageons l'ajout d'une troisième prothèse au programme opératoire de l'orthopédie, ce qui aura un impact certain sur leurs listes d'attentes.

Recrutement
On retient que la microbiologie-infectiologie, la psychiatrie et l'anatomopathologie sont les spécialités pour lesquelles nous devrons mettre un effort supplémentaire pour le recrutement. Pour les spécialités en gynécologie-obstétrique et l'ophtalmologie, nos espoirs de combler les postes vacants sont excellents.

PROGRAMME SANTÉ PHYSIQUE

Volet promotion/prévention
Centres d'abandon du tabac
L'infirmière en place a fait plusieurs relances téléphoniques afin de rejoindre la clientèle et voir leur intérêt. Rencontre avec le chef de service et l'équipe pour évaluation et bilan annuel. Plus de gens ont répondu à l'appel.

Volet prévention – personnes à risque
Enseignement de groupe
Les cours « Vie à cœur » et diabète ont débuté comme prévu en septembre. Dans un objectif d'efficience, le nombre de cours diminuera probablement l'an prochain.

Nous avons reçu de « *L'arc-en-ciel du cœur* », groupe de soutien de La Pocatière, des appareils presque neufs, en échange de former un groupe de soutien pour notre clientèle PPMC à RDL. De plus, les 11 000 $ alloués au projet ont été investis dans des appareils adéquats et selon les normes établies dans les hôpitaux. Le Comité pour le projet du gymnase a donc refait surface; appareils, kinésiologue, horaires sont à revoir. La participation de la médecine interne pour consultation et suivi est attachée. Ce dossier est en développement.

Asthme - MPOC - Diabète - Maladies cardiaques - Insuffisance cardiaque - Oncologie - PPMC
L'augmentation de la clientèle dans certains secteurs est toujours d'actualité. Chaque programme doit être mis à jour afin de donner une représentation réaliste. Les programmes révisés cette année sont : diabète, anticoagulothérapie et oxygénothérapie à domicile.

La clinique du diabète
Cette clinique a fait peau neuve. Elle élargit son expertise en initiant les pompes à insuline au niveau pédiatrique. La formation a eu lieu et le CSSS est reconnu comme centre désigné pour l'installation des pompes à insuline chez la clientèle juvénile. Le programme, quant à lui, a été revu ainsi que le mode de fonctionnement. La consolidation des outils passe par des ordonnances collectives et des normes de pratique plus sécuritaires pour les intervenants et la clientèle.

Anticoagulothérapie
La vocation de deuxième ligne est précisée. Des modifications sont faites concernant l'HBPM (héparine à bas poids moléculaire). Le programme a été révisé et consolidé par des ordonnances collectives. Le déploiement devrait se faire sous peu.

L'oxygénothérapie
Ce programme est en lien direct avec le programme national d'oxygénothérapie à domicile. Le CSSS s'est vu confier la gestion du programme comme fiduciaire régional soit au niveau de

l'équipement et des fournitures d'oxygénothérapie à domicile pour la clientèle admissible. À ce jour, il ne reste que quelques questionnements à résoudre et nous devrions être en mesure de fonctionner selon les modalités prévues, et ce, d'ici septembre 2012.

Projet clinique colorectale
Le plan d'action projet colorectal est mis à jour et suit son cours.

Don d'organes et de tissus
Une semaine du don d'organes a eu lieu et une formation a été donnée à plusieurs intervenants sur les dons de tissus, afin d'inculquer cette notion dans le CSSS.

6.3 Direction des soins infirmiers, programme de santé mentale et agrément

SOINS INFIRMIERS
La direction des soins infirmiers garde le cap sur la qualité de la pratique clinique dispensée par l'ensemble du personnel infirmier de l'établissement. Fort de l'appui de conseillères cliniques en soins infirmiers qui composent l'équipe, nous mettons en application les principes de la gouvernance clinique afin de parfaire sans cesse la qualité de l'acte. En plus de la qualité des soins, la sécurité des usagers est également au cœur de nos préoccupations.

L'implantation du système automatisé des médicaments
Ce projet, déployé en janvier 2012, permet d'améliorer la conformité au circuit du médicament par le système automatisé de la distribution des médicaments. L'automatisation de la distribution aura permis de modifier notre système de distribution traditionnel à un système de distribution unitaire. Ce changement de mode de distribution a été fait pour l'ensemble des unités de soins du centre hospitalier et des centres d'hébergement de soins de longue durée. Ce programme a nécessité la collaboration du département de pharmacie et la direction des soins infirmiers.

Prévention des infections
La direction des soins infirmiers a été nommée comme direction responsable de la gestion du risque environnemental qui doit s'assurer que toutes les tâches de nettoyage et de désinfection soient attribuées.
Un comité a été formé. Son mandat est de :

- répertorier tous les items (mobilier, appareils ou autres matériels) pouvant entrer en contact direct ou indirect avec les patients ou les liquides biologiques;
- proposer une méthode d'attribution des responsabilités basée sur différents critères de décision.

Règlement sur les mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques
Le règlement sur les mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques a été révisé au cours de l'année. Il permet de baliser l'utilisation des mesures de contrôle dans le respect des usagers/résidents et ainsi faire en sorte de les limiter au strict minimum. Une procédure des niveaux de surveillance a également été élaborée dans le but de supporter les équipes lors de l'évaluation des besoins de sécurité des usagers.

Ordonnances collectives

De nombreuses ordonnances collectives ont été élaborées et révisées au cours de la dernière année.

AMPRO

La direction des soins infirmiers a apporté son soutien au projet AMPRO (approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux). En janvier 2012, l'équipe de périnatalité a entamé la deuxième année de mise en œuvre de ce projet.

PRÉVENTION DES INFECTIONS

Membres du comité de prévention des infections (CPI) du CSSS pour l'année 2011-2012 :
Présidente : Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers
Secrétaire des rencontres : Chantal Banville ou Michelle Fournier, adjointe administrative DSI

- Mme Marise April, gestionnaire administrative, Centre d'hébergement Saint-Joseph
- Dr Jean-Pierre Arsenault, chirurgien
- M. Gilbert Chénard, responsable du service d'hygiène et salubrité
- Mme Nathalie D'Amours, adjointe au DSP
- Mme Brigitte Fraser, directrice réseau
- Mme Marie-Josée Gagnon, conseillère en prévention des infections
- Dr Pierre Harvey, Microbiologiste-infectiologue
- Mme Diane Landry, chef de service bloc opératoire et chirurgie d'un jour
- Mme Luce Landry, conseillère en prévention des infections
- M. Sébastien Laprise, conseiller en prévention des infections (en remplacement de Mme Marie-Josée Gagnon)
- M. Gilles Lavoie, conseiller en santé et sécurité au travail
- Dr Martin Lefebvre. interniste
- Dre Danielle Moisan, microbiologiste-infectiologue
- Dr Bernard Pouliot, Médecin conseil à la direction de la santé publique
- M. Steve Richard, chef de services – laboratoire et de la stérilisation

Considérant que les objectifs du comité de prévention des infections pour l'année 2010-2011 n'avaient été sélectionnés qu'en décembre 2010 et que plusieurs étaient toujours en cours de réalisation, ceux-ci ont été maintenus pour l'année 2011-2012 :

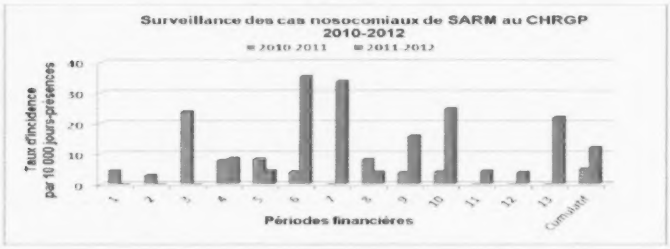
- Poursuite des activités de la surveillance : SARM; DACD; bactériémies pan hospitalières, sur cathéters centraux aux soins intensifs, à SARM; infections du site opératoire (PTG et PTH), éclosions de syndrome d'allure grippale et de gastro-entérite.
- Politiques & procédures/protocoles :
  - Prévention des infections liées aux cathéters intra vasculaires centraux;
  - Prévention des infections urinaires sur sonde urinaire;
  - Hygiène des mains;
  - Audits d'hygiène des mains au CHRGP et au CHSJ;
  - Agrément Canada.

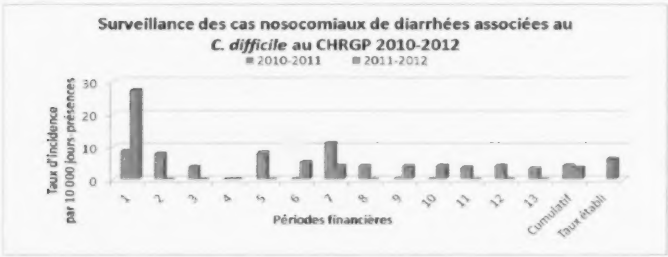
La possibilité de débuter la surveillance des pneumonies post chirurgies abdominales n'a pas été réévaluée en cours d'année, en raison de :

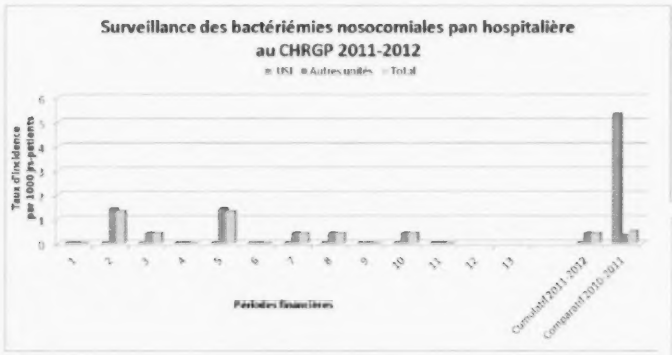
1. L'absence de l'une des conseillères en prévention des infections (poste dépourvu au moins pendant 50 % de l'année);
2. L'importante éclosion de virus respiratoires au CHSJ.

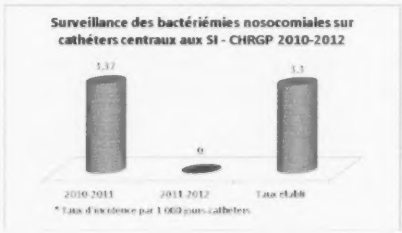
Informations statistiques

SURVEILLANCE DES INFECTIONS NOSOCOMIALES – CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP
ANNÉE 2011/2012









PROGRAMME SANTÉ MENTALE

- Démarche sur l'implantation du guichet unique;
- Implantation du guide de bonnes pratiques en prévention du suicide;
- Poursuite de la promotion des services de l'équipe des soins et services partagés;
- Révision du suivi systématique des services de 2e ligne.

AGRÉMENT

Du 6 au 10 juin 2011, une équipe d'Agrément Canada a visité les différents sites de l'organisation pour vérifier les processus de soins et de services dans l'objectif de faire des recommandations d'amélioration de la qualité. Le 30 juin 2011, le rapport d'Agrément Canada et du Conseil Québécois d'Agrément nous informait que nous avions obtenu l'agrément avec condition sous forme de rapport et de visite supplémentaire.

L'ensemble des gestionnaires et du personnel a travaillé d'un commun accord pour élaborer et mettre en place les conditions requises à une prestation de services de qualité. En cours d'année, nous avons présenté sous forme de plan d'amélioration du rendement de la qualité, les preuves des mesures prises pour répondre aux recommandations faites dans le rapport. Un dépôt des preuves a été acheminé le 10 novembre 2011. La démarche de suivi du plan d'amélioration est en cours d'actualisation de manière à répondre aux exigences demandées par Agrément Canada. Le dépôt suivant des preuves aura lieu en mai 2012 et la visite supplémentaire est prévue le 28 mai 2012.

Présentement, l'ensemble du personnel de l'organisation est engagé à poursuivre la démarche d'amélioration continue de la qualité.

6.4 Direction multidisciplinaire, programme santé publique, programme PPALV et programme Enfance Jeunesse Famille

SERVICE MULTIDISCIPLINAIRE

Le service multidisciplinaire s'inscrit dans l'axe qualité, compétence et pertinence où la responsabilité première est la qualité des services et des actes professionnels posés. Quelques 300 techniciens et professionnels répartis sous 36 titres d'emploi composent ce groupe sous la direction multidisciplinaire.

Voici, pour l'année 2011-2012, les faits saillants des activités de nos équipes.

Formation

L'identification des besoins de formation a été effectuée pour l'année 2011-2012 de l'ensemble des professionnels du secteur multidisciplinaire en lien avec les exigences de maintien des compétences, et ce, en collaboration avec les gestionnaires des équipes. La planification de la formation a tenu compte du développement des programmes clientèles, et ce, en collaboration avec la direction des ressources humaines ainsi que la direction des soins infirmiers. De plus, les priorités ministérielles tout comme celles régionales sont arrimées avec celles de l'établissement. Enfin, l'obligation de respecter les contours financiers en lien avec l'application de la loi 100 (réduction de 25 % du budget initial) est considérée.

Loi 21

La mise en œuvre de la *Loi modifiant le code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé mentale et des relations humaines* (projet de loi 21) nécessite des ajustements afin de minimiser les impacts possibles sur nos services. L'identification des actes réservés oblige de revoir l'organisation des équipes où de telles dispositions s'imposent. La réalisation des régimes de protection pour les personnes majeurs dans les secteurs de la santé mentale et du soutien à domicile exige d'assurer cette offre de

service avec les professionnels détenant ce privilège. Des travaux ont été menés afin d'éviter une rupture de service en prévision de l'adoption du projet de loi 21 prévue pour juin 2012.

Pratique professionnelle au CSSS
Poursuite des travaux des tables en pratiques professionnelles, en travail social, en physiothérapie et en ergothérapie. Le mandat premier de ces tables est d'aligner les pratiques avec les données probantes et les guides de bonnes pratiques.

En travail social, l'outil clinique de l'évaluation psychosociale unique est implanté pour le secteur de la courte durée hospitalière. Un cadre de référence des pratiques psychosociales en soutien à domicile est un chantier avec l'équipe des intervenants psychosociaux. Il inclut les rôles et fonctions de l'intervenant pivot et du modèle hybride en gestion de cas au soutien à domicile.

En physiothérapie, les professionnels ont poursuivi l'implantation d'un cadre d'évaluation commun pour l'ensemble des secteurs d'activité, afin de réaliser le bilan musculaire selon le dernier guide de pratique reconnu.

En ergothérapie, le groupe de professionnels a statué sur les modèles de pratiques pertinents au travail en CSSS. Ces modèles permettent d'identifier les instruments de mesure et rationalisent le choix des interventions. Les travaux se sont poursuivis cette année en collaboration avec un professeur de l'Université du Québec à Trois-Rivières.

Un comité de pairs a vu le jour regroupant les quatre groupes de professionnels en réadaptation (ergothérapie, physiothérapie, orthophonie et audiologie), l'objectif poursuivi est de définir les contours de la coordination professionnelle au CSSS de Rivière-du-Loup.

Stages en établissement
Quelque 40 stagiaires ont été accueillis par les professionnels du secteur multidisciplinaire au CSSS en collaboration avec la direction des ressources des humaines.

Spécialiste en activités cliniques
Une spécialiste en activités cliniques pour la mission dépendance a été nommée grâce à un budget non récurrent pour l'année 2011-2012. Des travaux majeurs sont menés dans ce secteur afin d'arrimer les pratiques avec les standards cliniques reconnus et de supporter les intervenants dans l'intégration de ces standards à leurs pratiques cliniques.

Deux jours de spécialistes en activités cliniques pour le secteur en santé mentale adulte permettent à cette équipe de recevoir support et accompagnement. Les spécialises en activités cliniques ont aussi contribué à revoir les processus supportant le continuum de services dans leurs secteurs respectifs. Ils animent les guichets d'accès.

PROGRAMMES SANTÉ PUBLIQUE, PPALV ET ENFANCE JEUNESSE FAMILLE
La gestion des programmes s'applique à la conception et à l'adaptation de l'offre de service des programmes aux particularités des besoins des populations visées.

Voici les faits saillants de ces trois programmes.

PROGRAMME DE SANTÉ PUBLIQUE

Intégration de manière transversale du plan d'action local en santé publique dans les quatre programmes de l'établissement. Voici quelques exemples d'activités réalisées au cours de la dernière année :

- Soutien aux bonnes habitudes de vie, participations actives à la démarche locale COSMOSS.

PROGRAMME PERSONNES EN PERTE D'AUTONOMIE LIÉE AU VIEILLISSEMENT (PPALV)

- Approche adaptée dans le cadre des soins et services aux personnes âgées;
- Implantation du plan de travail des préposés aux bénéficiaires en médecine;
- Poursuite de la prise de poids et de l'utilisation des outils cliniques de suivi (O.C., albumine-pré albumine, etc.) à l'urgence;
- Début du déploiement des signes vitaux AINEES en médecine et à l'urgence;
- Consolider l'approche milieu de vie
  - Comité approche milieu de vie volet alimentation dans les trois CHSLD, poursuite des actions grâce au coaching auprès des équipes de soins d'assistance afin de rendre l'activité repas un moment de vie privilégié pour les résidents.
- Consolidation de l'offre de service à l'hébergement temporaire grâce à la contribution de la travailleuse sociale de l'équipe d'intervention gériatrique afin d'accélérer les évaluations et l'orientation de la clientèle. Projet de stimulation cognitive auprès des résidents;
- Révision des charges de cas des intervenants psychosociaux du soutien à domicile;
- Réalisation d'un cadre des pratiques psychosociales en soutien à domicile;
- Transformation d'un poste équivalent temps complet de technicienne en travail social en un 0,6 équivalent temps complet en travail social professionnel et 0,4 équivalent temps complet en technicien en travail social afin consolider l'équipe d'intervenants psychosociaux en perspective des nouvelles fonctions pour cette équipe;
- Accroissement du partenariat avec les organismes de la communauté :
  - Présence d'un représentant du CSSS à la table Municipalité ami des aînés (MADA);
  - Membre du comité programme PAIR;
  - Membre de la table intersectorielle Abus des aînés (plan d'action sur 2 ans et financement accordé pour le développement de sentinelles dans les villages).
- Diversification de l'offre de l'hébergement sur le territoire;
- Travaux en cours pour le développement d'une ressource pour les personnes présentant une déficience physique avec soins et services sous l'égide d'un comité intersectoriel;
- Déterminer la programmation clinique du futur établissement de 72 places
  - Identification de l'approche milieu de vie comme assise pour l'organisation du futur établissement de 72 places (profil de résidents, îlots de vie des résidents (plans conceptuels), structure des équipes de soins infirmiers et soins d'assistance, service alimentaire, matériels cliniques, etc.).

PROGRAMME FAMILLE ENFANCE JEUNESSE

- Démarche de certification Initiative ami des bébés (IAB) en cours :
  - Halte allaitement implantée;
  - Préévaluation prévue pour novembre 2012;

- Travaux pour l'implantation de la cohabitation systématique sur l'unité de soins en périnatalité;
- Programmation des rencontres prénatales revue.

- Implantation du projet Avenir d'enfants (octobre 2011) :
  - Proposition du projet accepté par la Fondation Chagnon;
  - Embauche d'une coordonnatrice et rédaction du plan d'action.
- Révision des requis de services en Enfance Jeunesse Famille en perspective de l'implantation du programme négligence :
  - Plan d'action déterminé afin de réaffecter les heures.
- Consolidation de l'offre de service Clinique de développement :
  - Consolidation de l'équipe de réadaptation;
  - Actualisation de l'algorithme décisionnel pour l'évaluation de la clientèle.
- Projet de procréation médicalement assistée :
  - Dépôt du plan d'affaires à l'ASSS.

7. Ressources humaines

Voici les principales activités reliées aux Ressources humaines.

Dotation en ressources humaines (recrutement, sélection, embauche, rémunération et avantages sociaux)

L'année 2011-12 aura été une année encore plus importante que la précédente relativement à l'embauche et aux mouvements de la main-d'œuvre. Durant cette période, nous aurons procédé à 158 ouvertures de dossier (embauches), soit une vingtaine de plus que l'an dernier. De plus, nous avons traité 251 affichages internes. Les processus de recrutement externes et internes ont nécessité la réalisation de près de 300 entrevues de sélection.

Tableau d'embauches externe par titre d'emploi

Titre d'emploi	Nombre d'embauches
Cadres	2
Réadaptation et psychosocial	15
Services diagnostiques	10
Personnel de bureau	6
Pharmacie	7
Services auxiliaires	23
Personnel para technique	47
Soins	48

En plus de nos activités habituelles de promotion des métiers de la santé auprès des jeunes étudiants, nous avons été fort impliqués dans une activité régionale où les étudiants de tout le Bas-Saint-Laurent pouvaient explorer concrètement les différents métiers du réseau de la santé. Cette Journée Carrière en santé a eu lieu le 17 novembre 2011.

Le début de l'année 2011 a été marqué par l'entrée en vigueur des nouvelles conventions collectives qui nécessitaient la mise en œuvre de plusieurs nouvelles mesures, dont les chevauchements inter quarts, la gestion des primes majorées, l'introduction de nouveaux titres d'emploi et le démarrage de processus de négociations locales relativement aux arrangements locaux, à l'aménagement du temps de travail (nouvelle lettre d'entente) et au rehaussement des postes en soins infirmiers.

Également, quelques nouveautés pour l'année 2011-2012, nous avons rendu les horaires d'été 7/7 accessibles aux inhalothérapeutes et nous avons effectué un projet-pilote sur la gestion informatisée des programmes de vacances.

Relations de travail

L'année 2011-2012 a été marquée par les ajustements occasionnés par l'entrée en vigueur des nouvelles dispositions nationales des conventions collectives. Nous avons ainsi débuté la négociation des arrangements locaux. Ceux-ci ont d'ailleurs été finalisés en cours d'année avec le syndicat SPSQ. Des ententes de principes sont actuellement intervenues avec SCFP et APTS.

Développement des ressources humaines

Les activités de formation totalisent encore cette année un investissement de près de 500 000 $, excluant les orientations en cours d'emploi. Le budget de formation prévu aux conventions collectives aura servi à réaliser les activités décrites dans le tableau suivant.

Nombres d'activités	Coût total
85 activités de formation perfectionnement (APTS)	146 741 $
27 activités (SCFP)	49 097 $
87 activités (SPSQ)	238 937 $
44 activités (cadres, SNS, directeurs)	32 886 $

Les orientations en cours d'emploi sont des aspects sur lesquels nous travaillons afin de repenser ce type de formation en cours d'emploi. De plus, nous sommes à revoir les modes de dispensation des formations en intégrant la technologie, et ce, dans le but de rejoindre le plus de gens possible.

Encore cette année, nous avons reçu plus de 200 stagiaires, ce qui demeure un levier important pour le recrutement.

SANTÉ ET SÉCURITÉ ET QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL

La politique de santé et sécurité du travail identifie la philosophie et les orientations de l'établissement en matière de santé et sécurité et définit les différentes activités reliées à la prévention, à la gestion de la présence au travail et à la gestion financière découlant des coûts des lésions professionnelles. Le service santé a la responsabilité d'assurer une gestion efficace de tous les volets de la santé et sécurité au travail, notamment la gestion de la prévention, la gestion de la présence au travail et la qualité de vie au travail.

Comité paritaire Santé sécurité au travail

Le comité paritaire Santé sécurité au travail (SST) est une table d'échanges et de collaboration sur des sujets relatifs à la promotion et à la prévention en matière de santé et sécurité au travail. Le comité est formé de représentants des travailleurs et de représentants de l'employeur et ils sont

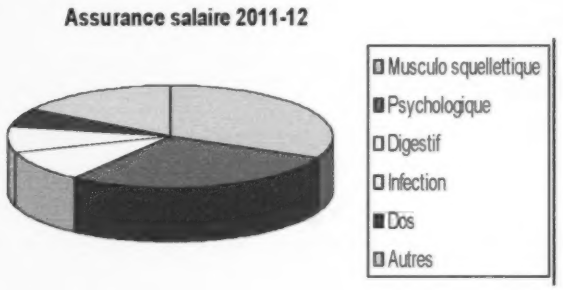
représentatifs des différents secteurs de travail de notre CSSS. Les membres du comité paritaire se rencontrent tous les mois, entre autres, dans le but de préparer le programme de formation et d'information, d'analyser les accidents du travail et situations dangereuses, puis y apporter des recommandations et de préparer la semaine santé et sécurité au travail.

Assurance salaire

Comme on peut le constater à la lecture des statistiques en assurance salaire, pour la période 2011-2012 notre taux d'assurance salaire est en augmentation par rapport à l'année précédente. En effet, malgré une gestion efficiente des dossiers d'absence en assurance salaire, l'établissement a supporté un peu moins de 96 000 heures en assurance salaire ce qui représente une augmentation de 21 % de notre taux d'absence en assurance salaire par rapport à la période précédente.

Période	Taux d'absence
2011-2012	6,13 %
2010-2011	5,07 %

Enfin, nous vous présentons, à l'aide du graphique ci-dessous, la répartition en pourcentage des dossiers en **assurance salaire** pour la période 2011-2012.



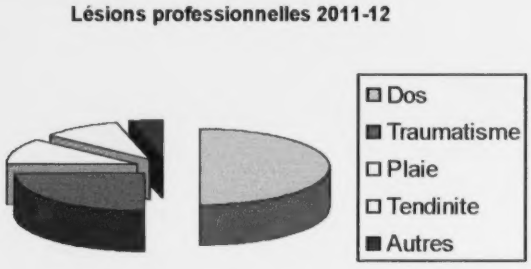
Lésions professionnelles (CSST)

En ce qui a trait aux dossiers d'accidents du travail et de maladies professionnelles, nous avons eu au cours de la période de référence 2011-2012, 72 dossiers actifs dont 50 % des dossiers sont des lésions au dos.

Comme on peut le constater à la lecture des statistiques, nous avons subi une augmentation des dossiers de lésions professionnelles ce qui s'est répercuté sur les sommes imputées à notre dossier financier, malgré nos efforts pour favoriser la présence au travail par l'assignation temporaire et pour obtenir une diminution de nos coûts d'imputation.

Période	Nombre de dossiers	Sommes imputées
2011-2012	46	240 343 $
2010-2011	65	224 000 $

Voici la répartition des dossiers de **lésions professionnelles** pour la période 2011-2012.



Programme de retour au travail adapté (PRATA plus)

Notre établissement participe au programme PRATA plus avec la collaboration d'un agent de prévention et d'une ergothérapeute provenant de l'Agence de la santé et des services sociaux du Bas-St-Laurent. Le programme de retour au travail adapté est une démarche d'accompagnement des travailleurs qui éprouvent des difficultés de retour au travail suite à des problématiques musculo-squelettique ou de santé psychologique.

La démarche est volontaire et offerte aux travailleurs de notre établissement lors du processus de retour au travail. Elle vise le retour sécuritaire à l'emploi d'origine avec le soutien de différents intervenants impliqués dans la démarche de retour au travail et le maintien au travail à long terme. La démarche est très appréciée des travailleurs et le taux de réussite du programme dans notre établissement est supérieur à 90 %.

***Programme d'aide aux employés* (PAE)**

Un PAE est un programme mis en place dans notre établissement ayant pour but d'offrir du support aux salariés vivant des difficultés dans leur vie personnelle ou professionnelle. Ces mesures permettent à l'employeur d'aider ses employés en difficulté en toute confidentialité tout en ayant la certitude que les services rendus seront professionnels. Au cours de la période de référence, un peu plus de 150 employés ont utilisé les services du PAE.

Qualité de vie au travail

Le comité QVT, en collaboration avec la Direction du CSSSRDL, a donné l'occasion aux employés d'honorer leurs collègues pour leur contribution exceptionnelle au CSSSRDL dans les 5 catégories suivantes : Recrue de l'année, Employé de l'année, Gestionnaire de l'année, Médecin de l'année et Équipe de travail de l'année. Le comité avait établi des critères pour chacune des catégories et il a reçu environ 130 mises en nomination. Le jury de sélection a retenu 5 finalistes par catégories et a identifié un gagnant parmi ceux-ci. Le dévoilement des gagnants s'est fait lors d'une soirée organisée sous forme de « Gala Reconnaissance » à laquelle ont participé plus de 200 personnes.

8. Ressources financières, matérielles et informationnelles

Voici les faits saillants des activités inhérentes à chacun des secteurs d'activité relevant des équipes des ressources financières, matérielles et informationnelles.

PROJETS IMMOBILIERS MAJEURS

- Préparation d'une analyse fonctionnelle pour le Centre de la famille dans les espaces actuels du CHRGP;
- Finalisation de l'étape d'analyse et d'acceptation du concept préliminaire pour le CHSLD 72 lits;
- Définition du concept préliminaire et arrimage des travaux pour le renforcement sismique et l'enveloppe extérieure du bâtiment du CHRGP;
- Préparation d'une analyse de concept pour le remplacement du groupe électrogène au CHRGP;
- Réalisation du projet pharmacie.

RESSOURCES INFORMATIONNELLES

Archives et infocentre :

- Prise d'inventaire et standardisation des différents formulaires cliniques;
- Préparation d'une étude de faisabilité pour le projet de numérisation du dossier patient.

Technologies de l'information :

- Consolidation du système de téléphonie du CSSS;
- Mise à jour des logiciels suivants : Virtuo, Impax, Symo, Promenu;
- Rehaussement du parc d'équipements (ordinateurs);
- Révision de la sécurité des actifs informationnels – 15 mesures prioritaires (réalisé à 90 %) et analyse de risque (réalisé à 50 %).

RESSOURCES MATÉRIELLES

Approvisionnements / GBM / prêt d'équipements :

- Participation à la révision de la logistique d'approvisionnement national et régional;
- Consolidation de l'équipe GBM;
- Établissement du cadre de référence pour la détermination des besoins et la priorisation des équipements médicaux;
- Finalisation de l'entente d'impartition du casse-croûte et du service de téléviseurs;
- Mise en place des étapes essentielles au déploiement de l'entretien préventif pour les équipements et les instruments médicaux (inventaire, protocole d'entretien, processus de sélection du logiciel);
- Définition d'une entente de partenariat pour le support en GBM avec le CSSS des Basques.

Service alimentaire :

- Révision de l'organisation du travail (réduction des effectifs dédiés au service alimentaire).

Hygiène et salubrité :

- Finalisation de la réorganisation des routes de travail;
- Intégration du devis de service régional révisé;
- Audit et déploiement d'un plan d'action à la suite de la période de fermeture pour l'influenza au Centre d'hébergement St-Joseph.

Transport interne :

- Révision des routes et de la logistique de transport;
- Développement de nouveaux liens de transport.

Sécurité civile et mesures d'urgence :

- Révision des plans d'urgence;
- Mise à jour des exercices d'évacuation;
- Achat et installation de nouvelles civières d'évacuation dans nos établissements;
- Intégration des plans d'urgence des partenaires (ressources informationnelles).

RESSOURCES FINANCIÈRES

Secteur comptabilité et finances :

- Élaboration d'un plan global d'optimisation pour les trois prochaines années;
- Intensification du processus du suivi budgétaire;
- Participation à l'élaboration du diagnostic du processus achats;
- Actualisation du plan triennal en maintien d'actifs.

AUTRES PROJETS

Fonctionnement et entretien des installations matérielles :

- Aménagement et réaménagement des bureaux en imagerie médicale;
- Installation d'un nouveau contrôle d'accès des portes au Centre d'hébergement St-Joseph;
- Réaménagement de chambres au Centre d'hébergement St-Joseph;
- Aménagement d'une nouvelle salle de stéréotaxie en imagerie médicale;
- Réaménagement du secteur réadaptation;
- Réaménagement de la nouvelle salle du panorex en imagerie médicale;
- Aménagement d'une nouvelle salle d'échographie en imagerie médicale;
- Installation des systèmes anti fugue dans les ressources intermédiaires;
- Réaménagement du secteur du prébooking;
- Changement d'une partie du système de guérite du stationnement.

9. Rapport d'activité de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

Ce rapport présente, tel que le demande la Loi sur les services de santé et les services sociaux (art.76.11), le bilan des activités de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services qui intègre le rapport annuel du médecin examinateur et du comité de révision de l'établissement.

Plaintes

En 2011-2012, le CSSS Rivière-du-Loup a reçu un total de cinquante-trois plaintes (53), soit quarante-deux (42) plaintes générales et onze (11) plaintes médicales. Ceci représente une diminution de trois (3) plaintes par rapport à l'année précédente.

Plaintes générales conclues par la commissaire locale

Nombre

- Quarante et une (41) plaintes générales ont été conclues pendant l'exercice.
- Quatre réponses de plaintes n'ayant pas satisfait l'usager ou son représentant ont été acheminées pour un deuxième recours au Protecteur du citoyen. L'une d'entre elles faisait suite à une réponse de 2010-2011. L'évolution du nombre de plaintes, au cours des trois dernières années, est présentée au tableau 1-A-1.

Auteur

44 % des plaintes provenaient de l'usager, 56 % d'un représentant de celui-ci.

Délai

95 % des plaintes ont été conclues à l'intérieur du délai de 45 jours prévu par la Loi.

Mission

- Trente (30) plaintes concernaient la mission CHSGS, soit 73 % des plaintes.
- Cinq plaintes concernaient la mission CHSLD, soit 12 % des plaintes.
- Six plaintes concernaient la mission CLSC, soit 15% des plaintes.

Motifs

Les quarante et une (41) plaintes conclues comptaient soixante et un (61) motifs, puisqu'il peut y avoir plus d'un motif par plainte. Cependant, parmi ces soixante et un motifs, quatre motifs ont eu un « traitement non complété ». En effet, deux plaintes ont été rejetées sur examen sommaire, et une a été cessée par l'usager.

Les trois principaux motifs de plaintes dont le traitement a été complété sont :

- Soins et services dispensés (particulièrement : habiletés techniques et professionnelles et continuité des soins et des services) : 16 motifs de plaintes (28 %);
- Droits particuliers (particulièrement droits à l'information, à la sécurité) : 10 motifs de plaintes (18 %);
- Relations interpersonnelles : 9 motifs de plaintes (16 %).

Le détail des dossiers de plaintes conclues par la commissaire, selon le niveau de traitement et le motif, est disponible au tableau 1-E. Toutefois, prenez note que nous avons pris seulement en compte les motifs dont le traitement a été complété.

Parmi les sept motifs des quatre plaintes qui ont été acheminées au Protecteur du citoyen durant l'année :

- L'accessibilité (délai à l'urgence, à de l'équipement ou à des aides techniques) et le droit de porter plainte comptaient chacun pour deux motifs;
- L'aspect financier, les relations interpersonnelles, les soins et les services dispensés représentaient un motif chacun.

Mesures

Des recommandations ont été émises pour 79 % des motifs de plaintes; 42 % sont à portée individuelle (adaptation des soins et services et adaptation du milieu et de l'environnement) et 58 % à portée systémique (adaptation des soins et services, adoption/révision ou application de procédures et adaptation du milieu et de l'environnement). Pour avoir davantage de détails sur l'état des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le motif et la mesure, veuillez vous reporter au tableau 1-F pour le commissaire local.

Au cours de l'année, 40 % des mesures recommandées (18) ont été implantées; 40 % des mesures recommandées (18) ne sont pas réalisées bien que le délai fixé soit dépassé, 20 % (9) ont une échéance au-delà du 31 mars 2012. Deux des quatre plaintes traitées en deuxième instance par le protecteur du citoyen ont été finalisées et aucune recommandation n'a été adressée à l'établissement.

Plaintes médicales conclues par le médecin examinateur

Nombre

Onze (11) plaintes médicales ont été conclues, pendant l'exercice. Aucune plainte n'a été acheminée au comité de révision de l'établissement, pour un deuxième recours. L'évolution du nombre de plaintes, au cours des 3 dernières années, est présentée en annexe au tableau 1-A-1.

Auteur

82 % des plaintes provenaient de l'usager, 18 % d'un représentant de celui-ci.

Délai

Dans 91 % des cas, les plaintes ont été traitées passé le délai de 45 jours. Toutefois, un contact téléphonique fut fait dans un court délai avec les plaignants et ils furent avisés d'un dépassement du délai de 45 jours.

Mission

Dix plaintes concernaient la mission CHSGS de soins généraux et spécialisés, soit 91 % des plaintes. Une plainte concernait la mission CLSC, soit 9 % des plaintes.

Motifs

Les 11 plaintes conclues comptaient 14 motifs, puisqu'il peut y avoir plus d'un motif par plainte. Cependant, parmi ces quatorze motifs, un motif a eu un « traitement non complété ». La plainte ayant été abandonnée par l'usager. Les deux principaux motifs de plaintes dont le traitement a été complété sont :

- Soins et services dispensés (particulièrement congé ou fin de service prématuré, évaluation et jugement professionnels et interventions) : neuf motifs (69 %);
- Relations interpersonnelles : deux motifs de plaintes (15 %).

Le détail des dossiers de plaintes conclues par le médecin examinateur, selon le niveau de traitement et le motif, est disponible au tableau 1-E. Toutefois, prenez note que nous avons pris seulement en compte les motifs dont le traitement a été complété.

Mesures

Des recommandations ont été émises pour 38 % des motifs de plaintes; 40 % sont à portée individuelle (adaptation des soins et services et conciliation) et 60 % à portée systémique (adaptation des soins et services, adaptation du milieu et de l'environnement, promotion au niveau de la communication). Pour avoir davantage de détails sur l'état des dossiers de plaintes dont l'examen a été conclu selon le motif et la mesure, veuillez vous reporter au tableau 1-F pour le médecin examinateur.

Autres fonctions de la commissaire selon la LSSS.

Interventions

Dix-sept (17) démarches d'intervention ont été conclues pendant l'année sur les 18 amorcées, une augmentation de trois par rapport à l'année précédente. Douze (12) démarches concernaient la mission CHSGS (71 %), trois la mission CLSC et deux la mission CHSLD.

L'origine des interventions provient pour les deux tiers d'un signalement fait au commissaire, l'autre tiers a été fait sur constat de la commissaire.

- L'*accessibilité* (absence de service ou de ressource, délai ou difficulté d'accès) et les *droits particuliers* (consentement, droit à l'information, droit à un accommodement raisonnable, sécurité) représentent chacun 29% des motifs d'intervention.
- Viennent ensuite les motifs visant l'organisation du milieu et les ressources matérielles (18 %); les relations interpersonnelles et les soins et services dispensés (12 %).

Treize (13) mesures ont été recommandées (76 %) notamment en regard du respect les droits des usagers. Toutes les mesures sont à portée systémique. Cinq (38 %) ont été mises en place, quatre n'ont pas d'échéance, deux ont une échéance au-delà du 31 mars 2012, les autres ne sont pas encore réalisées.

Assistance

Au cours de l'année, les usagers ont formulé cent quatre-vingt-six (186) demandes d'assistance. Ceci représente une augmentation substantielle par rapport à l'année précédente qui en comptait cent neuf (109). Cette année encore, la majorité des demandes concernaient la mission CHSGS (80 %). Le motif de demande le plus fréquent référait à l'accessibilité (chirurgie et centrale de

rendez-vous). La majorité des interventions visaient à clarifier l'information, intercéder en faveur de l'usager ou encore obtenir un soin ou un service.

Consultation, promotion/information, participation au comité de vigilance et de la qualité et communication au conseil d'administration, collaboration au fonctionnement du régime des plaintes

La moitié des « autres fonctions » de la commissaire consistaient à faire la promotion/information des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes :

- auprès des employés;
- auprès des résidents, leurs proches et les employés de sept résidences intermédiaires en collaboration avec la présidente du comité des usagers;
- auprès d'organismes communautaires.

De plus, pour rejoindre la population générale, les quatre commissaires du KRTB se sont unis pour faire la promotion des droits des usagers et du régime d'examen des plaintes auprès des divers médias autant télévisuel, écrit que radiophonique.

Les consultations par des gestionnaires essentiellement sur les droits des usagers ont représenté le tiers (1/3) de ses autres activités.

Autres activités

La commissaire est membre du comité d'éthique clinique de l'établissement ainsi que du comité de soutien et de recours institué dans le cadre de la politique sur « Le respect global des personnes ».

Au niveau du développement professionnel, l'ASSS regroupa les commissaires à deux reprises. Pour une journée d'échanges et de soutien ainsi que pour une journée de formation présentée par M^{e} S. Lelièvre sur le pouvoir d'intervention et les représailles. Par ailleurs, le CSSS a offert deux formations auxquelles la commissaire participa, soit « L'obligation de civilité en milieu de travail » et « Introduction à la démarche *Lean* ».

Constats

Le *nombre* de plaintes reçues par le CSSS Rivière-du-Loup demeure sensiblement identique d'année en année. Comparativement à l'année précédente, l'établissement a reçu une plainte générale supplémentaire et quatre plaintes en moins au niveau médical. Nous dénombrons une plainte de plus pour la mission CHSGS et sept plaintes pour la mission CLSC. Par contre, la mission CHSLD connaît une diminution de dix plaintes. La mission de centre de réadaptation en dépendance ne compte aucune plainte cette année tout comme l'année précédente.

Au fil des ans, la *mission* de centre hospitalier de soins généraux et spécialisés demeure toujours celle qui reçoit le plus grand nombre de plaintes de la part des usagers. Cette année, elle représente 77 % de toutes les plaintes (générales et médicales), comparativement à 72 % l'année précédente. La part de la mission CLSC est de 13 % cette année alors qu'il n'y en avait pas eu en 2010-2011 et la mission CHSLD compte pour 10 % des plaintes alors qu'elle était de 28 % pour l'exercice antérieur (voir l'annexe 2).

Les *motifs des plaintes générales* reliés aux *Soins et services dispensés* demeurent les plus nombreux (28 %) comme par les années passées. Par contre, cette année les motifs de plaintes reliés aux Droits particuliers représentent 18 % des motifs de plaintes comparativement à 13 % l'année précédente. Les Relations interpersonnelles quant à elles comptent pour 16 % des motifs de plaintes comparativement à 10 % pour 2010-2011. L'aspect financier ne représente cette année que 12 % des motifs de plaintes alors que l'année précédente il en représentait 20 %.

Les *motifs des plaintes médicales* les plus nombreux sont, comme pour les années passées, reliés aux *Soins et services dispensés* (9) et aux *Relations interpersonnelles* (2).

Des *mesures aux plaintes générales* ont été recommandées pour 79 % des motifs de plaintes dont le traitement a été complété comparativement à 70 % l'année précédente. Cette année, les mesures à portée individuelle (42 % des mesures) ont un peu diminué par rapport à l'année précédente (46 %). Bien que les recommandations soient faites en collaboration avec les gestionnaires concernés, nous constatons encore cette année des retards dans leur mise en œuvre.

Les *mesures aux plaintes médicales* à portée systémique prédominent sur celles à portée individuelle.

Le nombre des *interventions* de la commissaire a légèrement augmenté pour le présent exercice. Il est à remarquer que, cette année, 18 % des motifs visent la mission CLSC alors qu'il n'y en avait pas l'année précédente. Cette année, les principaux motifs concernent l'accessibilité et les droits particuliers alors qu'en 2010-2011 la moitié des interventions visait les soins et services dispensés.

Globalement, nous notons une augmentation de l'insatisfaction de la clientèle en regard du respect de ses droits ainsi que vis-à-vis les soins et services du CLSC. Toutefois, l'insatisfaction vis-à-vis de l'accessibilité est présente dans presque la moitié des cas (voir l'annexe 3).

Objectifs 2012-2013 de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services

- Collaborer à la mise en place du cadre de gestion intégrée de la qualité du CSSSRDL.
- Participer au développement des compétences des divers intervenants en matière de relations avec les usagers.

Les commentaires adressés par la clientèle au médecin examinateur ou à la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services constituent une des façons à la disposition de la clientèle pour témoigner de la « Qualité perçue ». Il est donc primordial que la clientèle connaisse et utilise ce moyen de rétroaction afin que l'établissement puisse, le cas échéant, avoir l'opportunité d'ajuster et d'améliorer les pratiques, activités ou l'environnement. L'usager qui est la raison d'être des soins et des services de santé est aussi un acteur incontournable dans la gestion intégrée de la qualité.

Annexes

Tableau 1-A-1 ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2011 - 2012	2	100	42	2	41	3	3	50	4	100
2010 - 2011	1	-50	41	14	40	6	2	100	2	200
2009 - 2010	2	0	36	0	37	3	1	-50	0	-100

Médecin examinateur

Tableau 1-A-1 ÉVOLUTION DU BILAN DES DOSSIERS DE PLAINTE SELON L'ÉTAPE DE L'EXAMEN

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

EXERCICE	En cours d'examen au début de l'exercice		Reçus durant l'exercice		Conclus durant l'exercice		En cours d'examen à la fin de l'exercice		Transmis au 2e palier	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
2011 - 2012	12	20	11	-27	11	-15	12	0	0	0
2010 - 2011	10	11	15	36	13	30	12	20	0	-100
2009 - 2010	9	-10	11	0	10	-17	10	11	1	0

Le pourcentage est relatif à l'année précédente.

Ce tableau inclut le nombre de dossiers par exercice financier

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais												
Report												
De traitement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	100.00	1	7.14
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	0	1	100.00	1	7.14
Aspect financier												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Droits particuliers												
Droit à l'information												
Sur l'état de santé	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	100.00	1	7.14
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	1	1	100.00	1	7.14
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
Relations interpersonnelles												
Communication / attitude												
Commentaires discriminatoires	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	50.00	1	7.14
Manque d'écoute	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	50.00	1	7.14
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	1	1	2	100.00	2	14.29
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)												
Habiletés techniques et professionnelles	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	7.14
Continuité												
Congé ou fin de service prématuré	0	0	0	0	0	0.00	1	2	3	33.33	3	21.43
Décision clinique												

Médecin examinateur

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Évaluation et jugement professionnels	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	22.22	2	14.29
Organisation des soins et services (systémique)												
Propre à l'établissement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	11.11	1	7.14
Traitement / intervention / services (action faite)												
Interventions	1	0	0	0	1	100.00	1	1	2	22.22	3	21.43
Sous-total	1	0	0	0	1	100.00	3	6	9	100.00	10	71.43
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	1	0	0	0	1	100.00	5	8	13	100.00	14	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Accessibilité												
Délais												
Accès téléphonique												
Obtention de la ligne	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Temps d'attente	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Rendez-vous												
Temps d'attente pour obtenir le rendez-vous	0	0	0	0	0	0.00	2	0	2	28.57	2	3.28
Services d'urgence												
Services médicaux	0	0	0	1	1	50.00	0	0	0	0.00	1	1.64
Services professionnels	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	14.29	1	1.64
Soins / services / programmes												
Temps d'attente pour obtenir un résultat ou un rapport	0	1	0	0	1	50.00	0	0	0	0.00	1	1.64
Difficulté d'accès												
Aux services formellement requis	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	14.29	1	1.64
Refus de services												
Équipement ou aide technique	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Sous-total	0	1	0	1	2	100.00	5	2	7	100.00	9	14.75
Aspect financier												
Allocation de ressources matérielles et financières												
Aide financière	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Facturation												
À des non-résidents du Québec	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	14.29	1	1.64
De matériel de soins	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	14.29	1	1.64
Frais de déplacement / transport												
Frais de transport	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	28.57	2	3.28

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Frais d'hébergement / placement												
Frais de chambre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	14.29	1	1.64
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	3	7	100.00	7	11.48
Droits particuliers												
Consentement												
Libre et éclairé aux services	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	10.00	1	1.64
Droit à l'information												
Sur les mécanismes de participation	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	10.00	1	1.64
Sur les services et modes d'accès	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	20.00	2	3.28
Sur une contribution financière	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	10.00	1	1.64
Droit de porter plainte												
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	10.00	1	1.64
Sécurité												
De l'usager												
Facteurs de risques propres à l'usager non considéré	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	10.00	1	1.64
Du processus de prestation sécuritaire des soins et des services (incident ou accident)												
Support requis non apporté	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	10.00	1	1.64
Autre	1	0	0	0	1	50.00	1	0	1	10.00	2	3.28
Autre	0	0	0	1	1	50.00	0	1	1	10.00	2	3.28
Sous-total	1	0	0	1	2	100.00	3	7	10	100.00	12	19.67
Organisation du milieu et ressources matérielles												
Alimentation												
Qualité des aliments	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	12.50	1	1.64
Compatibilité des clientèles												
Trouble de comportement	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	1.64

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Confort et commodité												
Confort et aménagement des espaces à la clientèle	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	25.00	2	3.28
Tranquillité/bruit	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	1.64
Équipement et matériel												
Disponibilité	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	12.50	1	1.64
Organisation spatiale												
Adaptation des lieux	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	12.50	1	1.64
Règles et procédures du milieu												
Respect des règles	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	12.50	1	1.64
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	4	8	100.00	8	13.11
Relations interpersonnelles												
Communication / attitude												
Manque de compréhension	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	3.28
Manque d'écoute	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	1.64
Manque d'empathie	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	3.28
Manque d'information	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	22.22	2	3.28
Respect												
Manque à l'égard de la personne												
Autre	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	11.11	1	1.64
Autre	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	11.11	1	1.64
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	4	5	9	100.00	9	14.75
Soins et services dispensés												
Compétence technique et professionnelle (capacité de base à faire le travail)												
Habiletés techniques et professionnelles	0	0	0	0	0	0.00	3	1	4	25.00	4	6.56
Continuité												
Absence de suivi	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	6.25	1	1.64
Arrêt de service	0	0	0	0	0	0.00	1	1	2	12.50	2	3.28

Tableau 1-E ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE NIVEAU DE TRAITEMENT ET LE MOTIF

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MOTIF / NIVEAU DE TRAITEMENT	Traitement non complété						Traitement complété				TOTAL	% Total par motif
	Abandonné par l'usager	Cessé	Refusé	Rejeté sur examen sommaire	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement	Avec mesure	Sans mesure	Sous-total	% Par motif / Niveau de traitement		
Coordination entre les services												
Réseau	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	6.25	1	1.64
Insuffisance de service ou de ressource	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	6.25	1	1.64
Décision clinique												
Décision de priorisation	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	6.25	1	1.64
Évaluation et jugement professionnels	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	6.25	1	1.64
Organisation des soins et services (systémique)												
Propre à l'installation	0	0	0	0	0	0.00	0	2	2	12.50	2	3.28
Traitement / intervention / services (action faite)												
Approche thérapeutique	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	6.25	1	1.64
Plan de services ou plan d'intervention												
Application / suivi	0	0	0	0	0	0.00	1	0	1	6.25	1	1.64
Soins d'assistance A.V.Q., A.V.D. et civique	0	0	0	0	0	0.00	0	1	1	6.25	1	1.64
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	8	8	16	100.00	16	26.23
Autre												
Sous-total	0	0	0	0	0	100.00	0	0	0	100.00	0	0.00
TOTAL	1	1	0	2	4	100.00	28	29	57	100.00	61	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de motifs par niveau de traitement

Tableau 1-F ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE MOTIF ET LA MESURE

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle									
Adaptation des soins et services									
Réduction du délai	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication	0	0	0	0	1	0	0	1	20.00
Sous-total	0	0	0	0	1	1	0	2	40.00
À portée systémique									
Adaptation des soins et services									
Élaboration / révision / application	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Adaptation du milieu et de l'environnement									
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Communication / promotion	1	0	0	0	0	0	0	1	20.00
Sous-total	1	0	0	0	0	2	0	3	60.00
TOTAL	1	0	0	0	1	3	0	5	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de mesures par motif.

Tableau 1-F ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE MOTIF ET LA MESURE

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
TOTAL	7	6	7	5	4	16	0	45	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de mesures par motif.

Médecin examinateur

Tableau 1-F ÉTAT DES DOSSIERS DE PLAINTE DONT L'EXAMEN A ÉTÉ CONCLU SELON LE MOTIF ET LA MESURE

AU COURS DE L'EXERCICE 2011 - 2012

Période du 2011-04-01 au 2012-03-31

MESURE / MOTIF	Accessibilité	Aspect financier	Droits particuliers	Organisation du milieu et ressources matérielles	Relations interpersonnelles	Soins et services dispensés	Autre	TOTAL	% Par mesure
À portée individuelle									
Adaptation des soins et services									
Réduction du délai	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Conciliation / intercession / médiation / liaison / précision / explication	0	0	0	0	1	0	0	1	20.00
Sous-total	0	0	0	0	1	1	0	2	40.00
À portée systémique									
Adaptation des soins et services									
Élaboration / révision / application	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Adaptation du milieu et de l'environnement									
Amélioration des mesures de sécurité et protection	0	0	0	0	0	1	0	1	20.00
Communication / promotion	1	0	0	0	0	0	0	1	20.00
Sous-total	1	0	0	0	0	2	0	3	60.00
TOTAL	1	0	0	0	1	3	0	5	100.00

Le pourcentage est relatif au sous-total de la colonne.

Ce tableau inclut le nombre de mesures par motif

Nombre et pourcentage des plaintes générales et médicales conclues selon la mission pour les trois dernières années

Missions	2011-2012	2010-2011	2009-2010
CHSGS	30 (73%)	38 (72%)	36 (77%)
CHSLD	5 (12%)	15(28%)	8 (17%)
CLSC	6 (15%)	-	3 (6%)
CRD	-	-	-

Motifs d'insatisfaction de la clientèle vis-à-vis les soins et les services du CSSS Rivière-du-Loup

Motifs	Plaintes	Intervention	Assistance	Total
Accessibilité	8	5	103	*116 (43%)*
Aspect financier	7	-	10	17(6%)
Droits particuliers	11	1	13	25 (9%)
Organisation du milieu/Ressources matérielles	8	3	15	26(10%)
Relations Interpersonnelles	11	2	17	30 (11%)
Sois & services dispensés	25	2	27	*54(20%)*
Autre			1	

Anne-Marie Rieu

Anne-Marie Rieu
Commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services.

10. Conseils et comités de l'établissement

10.1 Conseil d'administration

Les membres du conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup ont débuté leur mandat le 1er février 2012. Le conseil d'administration se compose des personnes suivantes :

- Mme Doris Laliberté-Kirouac, présidente
- M. Michel Jones, vice-président
- M. Benoit Blanchet
- Mme Marie-Claude Daris
- Mme Christine Desrosiers
- M. Maurice Dumas
- Dr. Normand Gervais
- Mme Françoise Gagnon
- M. Daniel Lévesque, secrétaire
- Mme Nicole Landry
- M. Jacques Lapierre
- M. André Morin
- M. Claude Morin
- Mme Nadine Pelland
- M. Gaston Pelletier
- Mme Sylvie Pelletier
- Mme Geneviève Pigeon
- Mme Marielle Raymond

Les membres du conseil d'administration du CSSSRDL 2012-2016

10.2 Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens

Voici les membres de l'exécutif du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens du CSSS de Rivière-du-Loup, pour l'année 2011-2012.

- Alain Dionne, président
- Jean-Pierre Arsenault, vice-président
- François Déziel, secrétaire-trésorier
- Éric Czech, officier
- Christine Boudreau, représentante pour le secteur des soins prolongés
- Isabelle Lang, représentante pour le secteur des CLSC
- Sara Bélanger, représentante du département de pharmacie

Réunions exécutives

L'exécutif s'est réuni à dix reprises cette année. De plus, nous avons tenu une assemblée générale à l'automne et une assemblée annuelle en juin. Plusieurs de nos membres ont été invités à venir présenter ou à discuter avec nous de différents dossiers qui touchaient de près ou de loin la qualité de la pratique médicale, dentaire et pharmaceutique et cela nous aide grandement à mieux orienter nos actions pour le bien de nos patients.

Correspondances

Nous avons reçu et traité plus de 60 correspondances et envoyé plus de 25 réponses aux gens qui nous ont interpellés durant la dernière année.

Dossiers en retard

L'exécutif appuie fortement la direction des services professionnels afin de diminuer le plus possible le nombre des dossiers non complétés. Nous exerçons une surveillance accrue afin de réduire cette problématique. Nous travaillons avec les quelques individus, souvent les mêmes, afin d'éliminer ou, à tout le moins, minimiser le nombre de dossiers à compléter. Malgré les récidives, nous sommes à même de constater une amélioration.

Médecine générale

La situation au niveau du département de médecine générale n'est guère plus reluisante que celle de l'année dernière. Les départs des docteurs Antoine Bergeron et Sarah Smith et à ceux annoncés des docteurs Catherine Beaulieu et d'Étienne Grou-Leclerc prévus pour le 1er septembre 2012, il va sans dire que cela crée une pression sur tous les champs d'exercice de la médecine générale. Même si la docteure Carole Lajoie travaille d'arrache-pied avec son exécutif de département afin de trouver des solutions pour régler les problématiques engendrées par ces départs, nous devrons trouver les solutions ensemble au CMDP. Il faut assurer une couverture complète à l'UCDG et à l'URFI. Avec le nombre restant de médecins de famille disponibles pour la tournée hospitalière, nous avons dû demander la participation des internistes afin de soulager de quelques patients les généralistes qui font la tournée hospitalière. Auparavant, nous avions trois médecins généralistes qui s'occupaient de la tournée. La situation présente nous force à la faire à deux médecins. De plus, chacun de ces médecins peut prendre un nombre maximal de patients selon la lourdeur des cas. L'exécutif du CMDP rencontrera la docteure Lajoie avec la direction des services professionnels afin de voir avec certaines autres spécialités si on peut ensemble travailler à ce que les patients ne subissent pas les effets secondaires de cette crise. Il va sans dire que les effets secondaires de cette pénurie sont plus nombreux que ceux énumérés ici, mais l'exécutif du CMDP, la direction des services professionnels ainsi que les membres du département de médecine générale travaillent conjointement à trouver les solutions.

Département de pharmacie

Le département de pharmacie est toujours à court d'effectifs. Toutefois, nous commençons à voir la lumière au bout du tunnel. En effet, Mme Anne-Marie Picard se joindra à l'équipe du département de pharmacie au mois de septembre 2012. Avec le retour de Mme Mylène Malenfant qui reviendra de son congé de maternité en février 2013, l'équipe du département de pharmacie pourra espérer reprendre certaines activités cliniques sur les unités de soins ainsi qu'en milieu ambulatoire. Aussi, vers la fin octobre 2012, le département de pharmacie du CSSS de Rivière-du-Loup desservira le CSSS des

Basques pour la fourniture des médicaments à l'aide de l'emballeuse automatisée qui est en opération depuis la fin janvier à Rivière-du-Loup. Par la suite, nous devrions procéder à l'installation de cabinets décentralisés à l'urgence de Rivière-du-Loup et des Basques. Le département de pharmacie a été rénové au complet durant l'année 2011. En effet, tout le secteur des préparations stériles, le secteur professionnel et administratif du département ont été aménagés en respect de toutes les normes actuelles. De plus, le secteur « production » des ordonnances est à niveau. Finalement, le secteur magistral non stérile respecte les normes de pratiques actuelles aussi.

Fonctionnement au bloc opératoire

L'exécutif du CMDP a été consulté durant l'installation des nouveaux processus au bloc opératoire afin d'en augmenter l'efficience et l'efficacité. De plus, le même travail a été fait à la clinique du « prébooking ». Les résultats semblent encourageants jusqu'à maintenant.

Ordonnances individualisées et collectives

Une quinzaine d'ordonnances collectives ainsi que d'ordonnances individuelles standardisées ont été approuvées par l'exécutif du CMDP.

Comité social

L'exécutif du CMDP tient à remercier la Dre Judith Gaudreault, les Drs Jacques Caron, François Morin, Edgar Dubé et Jean-Pierre Arseneault qui, de près ou de loin, ont participé à maintenir par l'organisation de diverses activités un sentiment d'appartenance à notre CSSS. Le défi de recruter des médecins ou des pharmaciens est grand de nos jours, mais celui de maintenir en place les individus après coup est immense et nul ne doute que l'organisation d'évènements sociaux est un facteur non négligeable afin de garder nos gens à Rivière-du-Loup. Encore une fois.

Garde en infectiologie

Un nouveau système de garde en infectiologie a été mis sur pied dans la dernière année, selon la suggestion des microbiologistes-infectiologues. D'après ce qu'on entend, cela va bien.

Thrombolyse cérébrale

L'exécutif a demandé à relancer le dossier de la thrombolyse cérébrale. Un comité a été formé à l'interne et étant donné que la garde en neurologie est régionale, nous avons assisté à la formation d'un comité régional en vue de produire un protocole de traitement.

Plan d'organisation

La direction générale a consulté les membres de l'exécutif afin de voir avec eux les pistes d'amélioration que devrait suivre l'équipe de direction qui travaille à actualiser le plan d'organisation.

Procédures sur le suivi des examens complémentaires

L'exécutif a demandé à la direction des services professionnels d'établir une procédure en lien avec le suivi des examens complémentaires afin de répondre à une demande de l'assemblée générale du CMDP qui date de quelque temps déjà.

Voilà le bref résumé des activités de l'exécutif du CMDP du CSSS de Rivière-du-Loup. Il va sans dire que le rapport ne parle pas de tous les dossiers qui nous ont été soumis durant la dernière année. Plusieurs de ceux-ci touchent plus particulièrement certains départements, services ou encore des individus et pour la plupart d'entre eux, ils sont toujours à l'étude au moment de l'écriture de ce rapport. Toutefois, les défis qui s'offrent à nous sont nombreux et nous veillons à ce que la qualité des soins soit toujours au premier plan pour guider nos actions.

Alain Dionne, pharmacien, président
Comité exécutif du CMDP

10.3 Conseil multidisciplinaire

Voici les faits saillants des activités du conseil multidisciplinaire du CSSS de Rivière-du-Loup.

Exécutif 2011-2012

- Isabelle Goudreau, présidente | orthophoniste
- Danielle Gosselin, vice-présidente | physiothérapeute
- Marie-Claude Lévesque, secrétaire | travailleuse sociale
- Alexandre Marquis, officier | technologue en imagerie médicale
- Manon Martel, officière | ergothérapeute
- Nadine Rouleau, directrice multidisciplinaire

Toutefois, pendant l'année en cours, nous avons dû remplacer dans sa fonction de présidente du comité exécutif, Mme Isabelle Goudreau, à la suite de son départ à l'automne 2011 pour un congé de maternité. Mme Goudreau a toutefois gardé sa place à l'exécutif, puisqu'elle a continué à s'y présenter. Mme Danielle Gosselin a donc pris la présidence en intérim. Puis, en novembre 2011, le CM a recruté Mme Natacha Rioux, psychologue en remplacement de Mme Manon Allard. Lors de la rencontre de l'exécutif de janvier 2012, nous avons reçu la démission de Mme Manon Martel, dont le poste est présentement vacant.

Comité exécutif

Il y a eu pendant l'année cinq rencontres du comité exécutif.
Dates des rencontres : 22 septembre 2011, 17 novembre 2011 et 8 décembre 2011 ainsi que les 19 janvier, 1er mars.

Association

Le conseil multidisciplinaire du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSSRDL) fait partie de l'Association des conseils multidisciplinaires du Québec (ACMQ). Cette association nous offre un colloque annuel ainsi que des formations spécifiques et un journal. Pour 2011-2012, le colloque des conseils multidisciplinaires avait lieu à Lévis. Deux membres ont assisté à la première journée de présentations et ont pu ramener avec

motivation de l'information et des outils pertinents pour les équipes de professionnels de l'établissement, dont l'implantation de comités de pairs. De plus, l'ACMQ possède un site internet auquel tous les membres du conseil multidisciplinaire peuvent avoir accès. Ce site donne différentes informations sur les activités de l'ACMQ, sur certaines formations offertes aux professionnels ainsi que sur les projets des autres conseils multidisciplinaires.

Fondation

Un membre du conseil multidisciplinaire du CSSSRDL était membre du conseil d'administration de la Fondation de la santé de Rivière-du-Loup. Il s'agissait de Mme Danielle Gosselin. Cette année, il y a eu une réorganisation au sein de la Fondation avec en conséquence une diminution des membres et la disparition de sièges des comités du CSSS (CM, CII ET CMDP). Toutefois, une demande d'avis ou de collaboration à des sous-comités au besoin est demeurée ouverte.

Représentation au conseil d'administration du CSSS

Madame Julie Thibault n'ayant pas renouvelé son mandat au sein du CA, un nouveau membre représente le conseil multidisciplinaire. Il s'agit de M. Claude Morin. Il siège aussi aux réunions du comité exécutif du conseil multidisciplinaire (CECM) comme représentant et membre du CA.

Priorités 2011-2012

À la suite de l'assemblée générale de juin 2011, nous avions retenu les priorités suivantes :

PRIORITÉ 1	Développement professionnel et coordination clinique
PRIORITÉ 2	Mobilisation des membres et plan de communication
PRIORITÉ 3	Offre de service en 1ere ligne
PRIORITÉ 4	Attraction et rétention du personnel

PRIORITÉ 1 - DÉVELOPPEMENT PROFESSIONNEL ET COORDINATION CLINIQUE.

Le projet de développement des meilleures pratiques en ergothérapie et physiothérapie a fait l'objet d'un suivi et s'est concrétisé dans les deux secteurs d'activités avec le support de la direction multidisciplinaire. Il est maintenant complété et cette expérimentation pourra sûrement servir de modèle pour des démarches dans d'autres professions. Nous avons discuté des rôles du coordonnateur clinique et des attentes par rapport à ces mandats afin de soutenir la direction dans l'élaboration de ce projet. Ainsi, à la suite de la présentation d'un projet de coordination clinique en Réadaptation par la direction multidisciplinaire, un comité de pairs en réadaptation a été formé ayant pour mandat de se pencher sur ce sujet et de faire des propositions. Le mandat de ce comité se terminera en septembre 2012 pour un total de huit rencontres; il est supporté par le CM pour l'animation et l'organisation des rencontres. À noter que des documents ont été construits pour guider les comités de pairs : «Procédure de fonctionnement des comités de pairs», «Fiche de soumission de projet de comité de pairs» et «Compte-rendu de rencontre».

PRIORITÉ 2 - MOBILISATION DES MEMBRES ET PLAN DE COMMUNICATION

Le projet de présentation de diverses professions et professionnels membres du CM se poursuit. Cette année, les audiologistes ont présenté leur profession, rôles dans

l'établissement ainsi que leur équipe par le biais d'un document déposé sur l'Intranet. Dans le souci de mieux informer nos membres et de les mobiliser vis-à-vis de leur CM, des bulletins d'informations « votre CM vous informe » ont été envoyés à tous par le biais de la messagerie *Lotus* pour diffuser les informations pertinentes d'intérêt général ainsi que la convocation à l'AGA et l'ordre du jour. Nous veillons également à ce que l'onglet sur l'intranet soit mis à jour lorsque nécessaire.

PRIORITÉ 3 - OFFRE DE SERVICE EN 1ERE LIGNE

Une analyse de l'offre de service et des modifications et/ou des ajustements ont eu lieu et sont toujours actifs au CSSS de Rivière-du-Loup. Nous avons entre autres suivi les dossiers des services sociaux généraux et de l'accueil et orientation (AEOR).

PRIORITÉ 4 - ATTRACTION ET RÉTENTION DU PERSONNEL

Nous souhaitons encore miser sur les offres de stage. Un registre des stagiaires a été créé au niveau des ressources humaines et de la direction multidisciplinaire. L'accueil des nouveaux employés avec un parrainage a été effleuré ainsi que la diversité de cet accueil selon les secteurs. La pénurie importante et la difficulté de recrutement dans certaines professions nous préoccupent.

AUTRES SUJETS AYANT FAIT L'OBJET D'ATTENTION PARTICULIÈRE

Nous avons suivi avec intérêt :

- l'arrivée d'un nouveau directeur général, M. Daniel Lévesque, une rencontre avec la présidente, Mme Isabelle Goudreau s'est tenue;
- la conclusion du projet "dossier unique";
- les impacts des fermetures temporaires de l'UCDG et de L'URFI en période estivale;
- les exigences de l'Agrément en lien avec la prévention des chutes, la prévention des plaies et les contentions, des tables de travail ont été formées;
- le règlement 94M en physiothérapie;
- la participation de Mme Nadine Rouleau à la table de regroupement des CM et les différents sujets qui y sont abordés.

Nous avons reçu à notre grande satisfaction, en mars dernier, un **avis de consultation** de la direction générale concernant la révision du plan d'organisation au CSSS de Rivière-du-Loup. Une rencontre a eu lieu concernant l'analyse du modèle actuel et balisage du plan d'organisation.

Également, des intervenants sont venus faire des présentations afin d'informer le comité exécutif de certains projets. Nous avons reçu les visites de :

- Mmes Marise Plourde et Brigitte Lavoie sont venues présenter le programme de contentions et demander un **avis de consultation** pour l'adoption du « Règlement relatif à l'application des mesures de contrôle» et de la procédure;
- Mme Renée Furlong a fait la présentation du projet Initiative Amis des bébés (IAB).

Danielle Gosselin

Danielle Gosselin
Présidente par intérim
Conseil multidisciplinaire

10.4 Comité des infirmières et infirmiers (CII)

Comité exécutif du CII 2011-2012 :

- Mme Édith Lévesque, présidente
- Mme Suzanne Beaulieu, secrétaire
- Mme Lise Côté
- Mme Geneviève Michaud, représentante mission CHSLD
- Mme Annie Langevin, représentante mission CLSC
- M. Sébastien Laprise, représentant mission CH
- Mme Brigitte Lavoie, directrice des soins infirmiers et membres CIR
- M. Daniel Lévesque, directeur général
- Mme Valérie Ouellet, présidente du CIIA

En date du 15 mai 2012, les membres du CECII auront tenu six (6) rencontres régulières au cours de l'année financière. Au cours de celles-ci, les sujets suivants ont notamment fait l'objet de discussions :

- Suivi des correspondances reçues et expédiées;
- Suivi des activités de la Commission infirmière régionale;
- Suivi des activités de l'Ordre régional des infirmières et infirmiers du BSL;
- Suivi aux projets en cours à la Direction des Soins infirmiers (mentorat, préceptorat, etc.);
- Discussions portant sur l'application de la nouvelle norme de formation continue pour le personnel infirmier en province;
- Appréciation des indicateurs de qualité des soins infirmiers du CSSS de Rivière-du-Loup (ex. : chutes, erreurs de médicaments, etc.)
- Coordination des activités scientifiques de la *Semaine des infirmières* 2012;
- Lecture critique de documents divers déposés au CECII (ex. : protocole d'intervention en milieu scolaire, règlement et protocole visant l'utilisation de mesures de contrôle, contention, isolement et utilisation de substances chimiques);
- Présentation des démarches visant l'obtention de la certification *Ami des bébés* pour le CSSS de Rivière-du-Loup;
- Regard sur le plan de développement des ressources humaines (PDRH);
- Participation aux rencontres demandées par la direction générale en cours d'année (ex. : consultation sur les enjeux liés à la communication, consultation sur la révision du plan d'organisation du CSSS de Rivière-du-Loup);
- Etc.

À titre informatif, il m'apparaît également important de joindre la liste des activités préparées par le CECII et qui ont été tenues au cours de la Semaine de l'infirmière 2012 du printemps dernier :

- Conférence magistrale portant sur la chirurgie bariatrique au CSSS de Rivière-du-Loup, octroyée par Dr Jean-Pierre Arsenault, chirurgien (lundi 7 mai 2012) = 94 participants.
- Conférence de type « Dîner du savoir » portant sur la gestion du risque infectieux, octroyée par Mme Luce Landry, conseillère en prévention des infections (mardi 8 mai 2012) =plus de 50 participants;

- Formation de type « webinar » offerte via internet touchant la thématique des enjeux éthiques face à l'utilisation des nouveaux réseaux sociaux, octroyée par Mme Lucie Vachon et Mme Margaret McNamee (du 7 au 10 mai 2012)= plus de 70 participants;
- Tenue de l'assemblée générale annuelle du CECII du CSSS de Rivière-du-Loup et activité de type « 5 à 7 » pour les infirmières et infirmiers (10 mai 2012)= 54 participants.

En guise de conclusion et à titre de présidente sortante du CECII, je dresse donc un bilan fort positif de cette nouvelle année. L'appréciation des indicateurs de qualité des soins infirmiers, le suivi des dossiers en cours à la direction des soins infirmiers, notre apport aux consultations lancées par la direction générale, la lecture critique de documents stratégiques, l'émergence et la remise en place de certains projets qui favoriseront le développement des compétences des nouvelles infirmières et candidates infirmières ne sont que quelques exemples de dossier qui nous permettent d'affirmer notre rôle et de l'assumer avec grand sérieux.

Pour ce faire, nous avons pu compter également sur l'apport d'un sous-comité au CECII, comité animé par la direction des soins infirmiers et qui regroupe l'ensemble du personnel infirmier des divers secteurs du CSSS. Une annexe à ce rapport vous sera ultérieurement acheminée et présentera un bref survol des sujets et activités qui ont été tenues par ce comité d'appréciation de la qualité des soins infirmiers (CAQSI).

Pour l'année 2012-2013, un support particulier du CECII au comité des infirmières et infirmiers auxiliaires du CSSS de Rivière-du-Loup sera des plus importants. Les activités de ce sous-comité obligatoire n'ont pas été tenues encore cette année et il appert maintenant que cette situation doit devenir une priorité pour nous l'an prochain.

Édith Lévesque
Édith Lévesque, inf., M. Sc.
Présidente CECII

10.5 Comité de vigilance et de la qualité

Ce comité est une instance consultative instituée par le conseil d'administration de l'établissement dans une perspective d'amélioration de la qualité des services offerts dans le respect des droits individuels et collectifs. Le comité est principalement responsable d'assurer auprès du conseil d'administration le suivi des recommandations de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services ou du Protecteur du citoyen relativement aux plaintes qui ont été formulées ou aux interventions qui ont été effectuées.

Le comité est aussi responsable de coordonner l'ensemble des activités des autres instances mises en place au sein de l'établissement portant sur la pertinence, la qualité, la sécurité ou l'efficacité des services dispensés, le respect des droits des usagers ou le traitement de leurs plaintes et d'assurer le suivi de leurs recommandations.

Le comité doit veiller à ce que le conseil d'administration s'acquitte de façon efficace de ses responsabilités en matière de qualité des services, du respect des droits usagers et du traitement diligent de leurs plaintes.

Membres du comité :

En provenance du conseil d'administration :

- M^me^ Louise Chénard, présidente du comité jusqu'au 1^er^ février 2012 et Mme Nicole Landry à compter de cette même date font partie des personnes qui ne travaillent pas pour l'établissement ou qui n'exercent pas leur profession dans un centre exploité par le CSSS Rivière-du-Loup;
- M^me^ Marielle Raymond, vice-présidente du comité, désignée par le comité des usagers sur le C.A;
- Mme Geneviève Pigeon désignée sur le comité lors de la séance de février 2012.

Les membres d'office étaient :

- Mme Kirouac-Laliberté, présidente du CA;
- M^me^ Anne-Marie Rieu, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services;
- Mme Caroline Mailloux, directrice générale par intérim jusqu'au30 juin 2011 et M. Daniel Lévesque depuis le 1^er^ juillet 2011.

Activités du comité

Au cours de l'année, le comité s'est réuni à cinq reprises. Après chaque rencontre du comité, la présidente a présenté un rapport synthèse aux membres du CA.

Rapports et recommandations transmis par le conseil d'administration

Les membres du comité ont reçu copie du rapport annuel de l'établissement qui comprend tous les rapports statutaires des instances de l'établissement ainsi que les résultats de l'évaluation de la satisfaction de la clientèle en courte durée et du sondage sur le degré de mobilisation du personnel. Également, les membres ont reçu les rapports d'organismes externes à l'établissement, Agrément Canada et le MSSS.

Suivis des dossiers

Plaintes de la clientèle

Les membres du comité ont régulièrement pris connaissance des motifs de plaintes, des conclusions et des recommandations éventuelles formulées par la commissaire et par le médecin examinateur. Ceci leur a permis d'identifier l'**accessibilité** comme la première cause d'insatisfaction chez la clientèle du CSSS.

Afin que la clientèle et la population en général connaissent mieux leurs droits et responsabilités, le rôle de la commissaire et son indépendance par rapport à l'établissement, le comité s'est assuré que la commissaire suivait son plan de communication. Des rencontres ont été organisées dans sept ressources intermédiaires en collaboration avec madame Raymond, présidente du comité des usagers du CSSS et diverses activités écrites, radiophoniques et télévisuelles ont été réalisées à l'intention de la population en général.

Plaintes de l'établissement

De façon globale, les membres du comité ont pu suivre les zones et les degrés d'atteinte ou de non atteinte des cibles de l'établissement pour 2011-2012 grâce aux deux présentations du directeur général et la directrice réseau. Toutefois, une attention particulière a été portée aux points suivants :

- Améliorer l'accès aux services de 1ère ligne (centrale des rendez-vous et centre de prélèvements);
- Améliorer les stratégies de communication (urgence, commissaire);
- Développer une culture organisationnelle de gestion des risques;
- Réviser l'offre de services en soins palliatifs.

Accessibilité

En particulier, les membres du comité étaient préoccupés par l'accès à un médecin de famille, par la durée de l'attente pour rejoindre la centrale de rendez-vous et obtenir le service au centre de prélèvements. Ils ont constaté que l'établissement mettait en place des actions pour améliorer l'accès à certains services. À la suite de celles-ci, une grande amélioration a été notée pour l'accessibilité à la centrale de rendez-vous. Toutefois, d'autres actions de consolidation sont à venir.

Stratégies de communication pour la clientèle

Les membres du comité ont vérifié si l'établissement améliorait l'information sur le « triage » à l'urgence. Ainsi, la distribution et l'explication des dépliants sur le triage ont été améliorées et des tableaux explicatifs sont maintenant disponibles dans la salle d'attente. L'intercession de l'établissement a été demandée afin que des démarches soient entreprises pour faire davantage connaître la ligne Info-Santé (811) ce qui pourrait avoir un impact sur les consultations à l'urgence.

Gestion des risques

Grâce aux présentations de Mme Brigitte Lavoie, responsable de la gestion des risques, les membres du comité se sont assurés des améliorations réalisées par l'établissement dans ce dossier tel que, par exemple, la compilation, l'analyse et la présentation aux trois mois des Incidents/Accidents et la formation du personnel.

Soins palliatifs

Soucieux de la qualité des soins et services en fin de vie, le comité a suivi, grâce au Dr. Gravel, l'évolution du programme et les étapes qui restent à franchir par les équipes du CSSS et de la Maison Desjardins de soins palliatifs pour l'optimiser.

Instances externes : Agrément Canada et MSSS

Pour Agrément Canada, le comité a pu constater avec Mme Brigitte Lavoie, responsable du dossier d'Agrément dans l'établissement, les démarches d'amélioration mises en œuvre pour répondre aux opportunités d'améliorations ciblées par Agrément Canada à partir des résultats de la visite de juin 2011.

Avec Mme Nadine Rouleau, responsable du programme des personnes en perte d'autonomie les membres ont reçu l'assurance que l'établissement donnait suite aux

quelques recommandations émises lors de la visite ministérielle d'appréciation d'implantation de l'approche milieu de vie pour les CHSLD de St-Cyprien et Le Foyer de St-Antonin qui s'est déroulée en avril 2011.

Les recommandations adressées au CA

Les membres du comité ont unanimement recommandé au CA qu'il s'assure que l'établissement améliore l'accessibilité de la clientèle à la centrale de rendez-vous du CHRGP.

Nicole Landry

M^me^ Nicole Landry, présidente du comité

10.6 Comité de révision

La fonction du comité de révision institué selon la LSSS est de réviser le traitement accordé à l'examen de la plainte d'un usager ou de toute autre personne par le médecin examinateur de l'établissement. Le comité peut également formuler des recommandations ayant notamment pour objet l'amélioration de la qualité des soins ou services médicaux, dentaires ou pharmaceutiques dispensés dans l'établissement.

Dans le respect de l'article 51 de la LSSS, les trois membres nommés par le conseil d'administration sont :

- M. Guillaume Potvin, président du comité, choisi parmi les membres élus ou cooptés du CA jusqu'au 1er février 2012 et Madame Françoise Gagnon à compter de cette même date;
- M. Maurice Dumas est demeuré comme membre du CA désigné substitut;
- M. Alain Dionne, pharmacien, et Dr Jacques Caron, nommés parmi les médecins, dentistes ou pharmaciens qui exercent leur profession dans l'établissement.

BILAN DES PLAINTES

Cette année, le comité de révision n'a reçu aucune plainte à traiter.

À titre de présidente du comité de révision, je remercie sincèrement les professionnels qui, malgré leur charge de travail importante, se sont tenus disponibles pour s'assurer, le cas échéant, que le traitement des plaintes de la clientèle ou de toute autre personne concernant un médecin, dentiste, pharmacien ou résident s'effectue de façon appropriée, diligemment et avec équité.

Françoise Gagnon

Françoise Gagnon
Présidente

10.7 Comité des usagers

COMITÉ DES USAGERS
CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

MEMBRES DU COMITÉ DES USAGERS
AU 31 MARS 2012

Madame Marielle Raymond, présidente
Monsieur Michel Jones, vice-président
Madame Mirelle Morais, trésorière

Monsieur Yves Courbron, administrateur et représentant du CHSLD Saint-Antonin
Monsieur Jacques Lapierre, administrateur
Madame Lise Pelletier, administratrice
Madame Madeleine Pelletier, administratrice et présidente du Comité des résidants du CHSLD Saint-Joseph

Agente de liaison : Madame Brigitte Charest

Représentation au Conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup (CSSS RDL) :

Madame Marielle Raymond
Monsieur Jacques Lapierre
Il est à noter que Monsieur Michel Jones participe au CA du CSSS à titre d'élu par la population.

Certains membres du CU siègent sur différents *comités du CSSS RDL* :

Comité de gestion des risques :	Monsieur Michel Jones
Comité des soins palliatifs :	Madame Madeleine Pelletier
Comité d'éthique :	Madame Lise Pelletier
Comité de vigilance et de la qualité des services :	Madame Marielle Raymond

Nombre de rencontres en 2011-2012 :

10 réunions ordinaires
1 assemblée générale annuelle

Calendrier des réunions du Comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup 2011-2012

DATES
Réunions ordinaires
Mardi 7 juin 2011
Mardi 6 septembre 2011
Lundi 3 octobre 2011
Lundi 7 novembre 2011
Lundi 5 décembre 2012
Lundi 9 janvier 2012
Lundi 6 février 2012
Mardi 6 mars 2012
Lundi 2 avril 2012
Lundi 7 mai 2012
Assemblée générale annuelle
Mercredi 9 mai 2012

COMITÉ DES USAGERS
CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

RAPPORT DE LA PRÉSIDENTE

C'est une autre année qui se termine pour le Comité des usagers du CSSS de Rivière-du-Loup. Ce fut une année de visibilité grandissante. Le nouveau directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup, monsieur Daniel Lévesque, fait tout en son pouvoir pour que tous ensemble notre CSSS assure à notre population une qualité optimale à nos services et je l'en remercie. Il s'est fait un plaisir de rencontrer notre comité et nous essayons d'avoir une franche coopération réciproque.

L'équipe du comité des usagers s'est investie pour suivre de près la qualité des différents services offerts aux usagers. Le comité a veillé à étudier les situations qui prévalent à l'urgence, au centre d'appels pour rendez-vous et au service de prélèvements du CHRGP. Il est important que la clientèle soit satisfaite et que le respect des droits de chacun se retrouve dans nos services.

La fermeture des CHSLD de Saint-Joseph et de Saint-Antonin pour un temps prolongé en raison d'éclosion de virus et de l'influenza a retenu beaucoup l'attention de notre comité. Le personnel de ces établissements a été à la hauteur des restrictions qu'on leur a demandées et l'attention portée aux résidants dans ces périodes a été remarquable.

Plusieurs personnes (répondants des gens hébergés) m'ont contacté pour avoir de l'information et recevoir de l'aide lors de la quarantaine de nos CHSLD. Les gens sentaient que les leurs présentaient un délaissement car ils n'avaient plus de visiteurs.

L'alimentation des résidants des CHSLD et des personnes hospitalisées est toujours un sujet qui nous préoccupe. Une alimentation adéquate et variée permet aux usagers d'être en meilleure santé et parfois favorise une réduction de médicaments.

Le comité a été mis au fait de quelques situations (environ 15 fois) à corriger et j'ai rencontré à quelques reprises la commissaire locale aux plaintes et responsable de la qualité des services, madame Anne-Marie Rieu. Le but de ces rencontres est toujours de trouver des solutions à des problèmes dus à des relations avec certains intervenants ou revoir des situations qui demandent une amélioration de nos services en santé. Que ce soit avec madame Rieu ou lors de rencontres avec monsieur Daniel Lévesque ou certains cadres, j'ai pu, avec leur collaboration, trouver la meilleure solution possible pour éviter que des plaintes formelles soient présentées.

Durant cette année, avec le comité des résidants du CHSLD de Saint-Joseph, j'ai rencontré à trois reprises la direction générale et des spécialistes de la santé pour trouver des solutions viables pour tous lors de fermeture de résidences.

J'ai visité plusieurs résidences intermédiaires avec la commissaire locale aux plaintes et responsable de la qualité des services pour échanger avec les résidants et leurs familles. J'ai noté que plusieurs résidences présentent un milieu de vie intéressant. Il y a certains points à corriger chez d'autres.

Une année de visibilité pour notre comité a impliqué plusieurs rencontres avec différents organismes et les maires de la MRC de Rivière-du-Loup. Faire connaître à ces organismes notre comité et les droits qu'il défend a été une tâche très intéressante. Quelque 2000 personnes ont été rejointes sur notre territoire. Les maires ont été attentifs au travail que nous faisons et ont accepté de placer nos feuillets d'information dans chacun de leur bureau municipal.

Il est à signaler que plusieurs usagers m'ont fait part de leur satisfaction lors d'hospitalisation, des soins reçus (dans notre CSSS) ainsi que du dévouement du personnel.

Le service d'hôtellerie de notre établissement est très apprécié par les gens qui y séjournent ainsi que l'accueil bienveillant des responsables.

Il y a encore beaucoup à faire pour que tous les usagers soient rejoints par le biais de rencontres avec les responsables des différents points de services du CLSC concernant les soins à domicile et les services réellement dispensés aux personnes de tous les âges ayant des limitations. Cette année, il n'y a pas eu d'évaluation conjointe par questionnaire écrit des différents services car notre semaine thématique sur la santé a été reportée en septembre prochain. Une évaluation sporadique a cependant eu lieu pour certains services.

Le comité devra aussi être à l'affût des demandes formulées antérieurement concernant le besoin d'un médecin gériatre et le projet de construction du nouveau CHSLD.

C'est avec plaisir que j'ai servi et je vous remercie de m'avoir fait confiance.

La présidente,

Marielle Raymond

COMITÉ DES USAGERS
CSSS DE RIVIÈRE-DU-LOUP

BILAN DES ACTIVITÉS AU 31 MARS 2012

Au cours de l'année 2011-2012, le Comité des usagers a continué le plan d'action de l'année 2010-2011 et a établi un budget en regard de ses fonctions.

En collaboration avec le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup (CSSS de RDL), le Comité des usagers recevait le 5 mai 2011 comme conférencier au Musée du Bas-Saint-Laurent, le Docteur Gérard Saint-Onge, psychiatre. Cette activité s'est tenue dans le cadre de la 6e édition de la Journée Qualité du CSSS de Rivière-du-Loup. Le thème de la conférence du Dr Saint-Onge portait sur "La santé mentale, notre bien le plus précieux".

Madame Marielle Raymond ainsi que Messieurs Michel Jones et Yves Courbron, membres du Comité, ont participé au colloque du Conseil pour la protection des malades à Saint-Hyacinthe les 19 et 20 juin 2011. Ce fut la rencontre la plus valable tant au niveau des conférences que des ateliers et de la participation des gens depuis quelques années.

Le Comité des usagers a signé le 6 juillet 2011, le contrat de travail de l'agente de liaison, madame Brigitte Charest. Cette dernière est entrée officiellement en fonction le 6 septembre 2011 à raison de 20 heures/semaine soit, du lundi au jeudi de 9h00 à 14h30. C'est un apport très précieux pour le fonctionnement et la visibilité de notre comité.

Le comité des usagers a fait la promotion de la toute première édition de la Semaine provinciale des droits des usagers de la santé et des services sociaux qui s'est tenue cette année du 25 septembre au 1er octobre 2011. À cet effet, madame Marielle Raymond, présidente du Comité des usagers, et madame Anne-Marie Rieu, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services, ont participé le jeudi 6 octobre 2011 à l'émission La Vie

au Bas-Saint-Laurent. Cette semaine dédiée aux usagers du système de santé reviendra à chaque année et ce, à peu près toujours aux mêmes dates.

Le 12 septembre 2011, deux membres du comité des usagers sont désignés pour faire partie du nouveau conseil d'administration du CSSS de Rivière-du-Loup.

Le 29 septembre 2011 à La Pocatière, une délégation du Comité, mesdames Marielle Raymond et Madeleine Pelletier, monsieur Yves Courbron ainsi que madame Brigitte Charest, agente de liaison, ont assisté à la rencontre régionale annuelle des Comités des usagers du Bas-Saint-Laurent. Cette rencontre a permis de bons et fructueux échanges et bien souvent nous aide à se positionner dans certains dossiers et situations rencontrés.

À sa réunion mensuelle du lundi 3 octobre 2011, le Comité des usagers a eu le plaisir de recevoir monsieur Daniel Lévesque, nouveau directeur général du CSSS de Rivière-du-Loup. L'objectif de cette rencontre portait sur l'établissement d'une relation de confiance et d'une bonne collaboration entre le comité des usagers et la direction du CSSS de Rivière-du-Loup dans le seul but de veiller conjointement au mieux-être de tous les usagers du système de santé et à l'amélioration des services.

Le 20 octobre 2011 à Rimouski, 4 membres du comité (Mesdames Marielle Raymond et Madeleine Pelletier, messieurs Michel Jones et Yves Courbron) ainsi que l'agente de liaison, Brigitte Charest, ont participé à un colloque organisé par le Centre d'assistance et d'accompagnement aux plaintes du Bas-Saint-Laurent. Le thème du colloque portait sur la connaissance et le respect des droits des aînés en résidences d'hébergement privées.

Le 1er novembre 2011 à la Maison de la culture de Rivière-du-Loup, l'agente de liaison a participé à une rencontre sur la prévention de la maltraitance envers les personnes aînées. Cette formation fut donnée par l'équipe de Vigilance sociale. C'est une formation pertinente à la fonction.

Le 14 novembre 2011, le comité a rencontré madame Sylvie Massé, directrice des ressources humaines. Étaient également présentes mesdames Annie Morin, coordonnatrice à la planification et à l'affectation des ressources humaines et Nancy Fillion, directrice au CHSLD de Saint-Joseph. Le but de cette rencontre était de voir la possibilité de limiter la rotation du personnel auprès des résidants afin de ne pas déstabiliser ces derniers.

Madame Raymond, présidente du Comité des usagers a participé aux fêtes de Noël organisées dans chacun des CHSLD du CSSS de Rivière-du-Loup. Madame Raymond était accompagnée à ces occasions par madame Madeleine Pelletier au CHSLD de Saint-Joseph, monsieur Yves Courbron pour celui de Saint-Antonin et de madame Brigitte Charest, agente de liaison, du côté du CHSLD de Saint-Cyprien.

La distribution des calendriers *Temporalis* a été faite au cours du mois de décembre 2011. Ces calendriers sont de plus en plus connus et appréciés. Ils ont été distribués, dans nos 3 CHSLD, dans les différents services et départements du Centre Hospitalier ainsi qu'auprès de nos 14 résidences intermédiaires et de type familial. Présentement, un certain nombre de ces calendriers sont disponibles auprès de la population au coût de 10,00 $ l'unité.

Le comité des usagers a un nouvel article promotionnel, il s'agit de petites lentilles grossissantes. Elles sont distribuées aux résidants et/ou répondants lors des visites aux résidences en ressources intermédiaires. De plus, madame Raymond, présidente du comité des usagers a participé, au cours des derniers mois, à plusieurs rencontres de divers organismes. Le but de sa présence à ces rencontres était et est toujours de faire connaître davantage l'existence du comité des usagers et sa mission. Tous les membres de ces divers organismes tels que l'AREQ, L'AQDR, les Fermières de Rivière-du-Loup, L'AFEAS, les Filles d'Isabelle et le conseil des maires de la MRC de Rivière-du-Loup ont reçu cet article promotionnel.

Le comité des usagers a commencé à travailler sur le projet d'un site WEB. La présence de notre comité des usagers sur la page d'accueil du CSSS de Rivière-du-Loup permettrait aux usagers du système de santé de mieux connaître sa mission, ses actions posées et aussi d'avoir accès à une foule d'informations sur divers organismes d'aide. C'est une collaboration constante qui amène le comité des usagers à travailler avec tous les organismes et l'établissement du CSSS de Rivière-du-Loup pour veiller aux droits des usagers et à l'amélioration des soins de santé.

De septembre 2011 au 31 mars 2012, 8 des 14 résidences en ressources intermédiaires ont été visitées par madame Marielle Raymond, présidente du comité des usagers et madame Anne-Marie Rieu, commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. Ces visites ont comme objectif d'informer les résidants et leurs répondants sur le travail et la mission conjointe du comité des usagers et de la commissaire locale aux plaintes et à la qualité des services. D'ici la fin de l'automne 2012, toutes les résidences en ressources intermédiaires sur le territoire du CSSS de Rivière-du-Loup auront été visitées.

Le 28 mars 2012 à l'Hôtel Universel de Rivière-du-Loup, la présidente du comité des usagers et l'agente de liaison ont pris part aux Rendez-vous annuels sous la responsabilité du Centre d'action bénévole La Seigneurie. Monsieur Richard Aubé, praticien en neurolinguistique et auteur de best-seller, agissait comme conférencier. Ce fut une journée de ressourcement et de formation pour les bénévoles engagés auprès des aînés et portant sur l'art du dépassement et la gestion de ses peurs.

Pour le bien-être des résidants du CHSLD de Saint-Antonin, le comité des usagers avait donné son aval pour appuyer la présence d'un animal de compagnie à cette résidence. Ils ont bénéficié de cet animal seulement quelques semaines car quelques membres du personnel n'en voyaient pas l'utilité. Heureusement, ce sont maintenant les résidants du CHSLD de Saint-Cyprien qui peuvent jouir de la présence de cet animal de compagnie grâce à la disponibilité d'un membre du personnel.

Le comité des usagers travaille toujours à la formation d'un comité des résidants au CHSLD de Saint-Cyprien ou d'avoir une personne intéressée à agir comme représentante. Cette personne serait également invitée à siéger comme administrateur au sein du comité des usagers.

Les personnes âgées sur le territoire du CSSS de RDL peuvent effectivement compter sur la présence d'un psychogériatre à raison de quelques jours par mois et ce, suite aux démarches effectuées par le comité des usagers auprès du conseil d'administration du CSSS de RDL.

Le comité des usagers suit de près le dossier de la construction du nouveau CHSLD de 72 lits. Le CSSS de Rivière-du-Loup a besoin de moderniser ses installations en CHSLD afin de mieux répondre aux besoins toujours grandissants de sa clientèle.

À l'automne 2012, se tiendra diverses activités dans le cadre de la Semaine de la Qualité du CSSS de Rivière-du-Loup. Le comité des usagers participera à l'organisation de cet événement. Cette semaine aura pour but de faire connaître davantage tous les services que peut offrir le CSSS de RDL à sa population.

Dans le cadre de sa campagne de publicité, le Comité des usagers a contribué à l'organisation des fêtes de Noël et du Nouvel An pour les CHSLD de Saint-Antonin et de Saint-Cyprien.

CONCLUSION

Dans un objectif de continuité des actions déjà entreprises, le comité sortant suggère, dès le début du mandat du nouveau comité élu, de rencontrer la direction générale du CSSS de Rivière-du-Loup, de collaborer avec la Commissaire locale aux plaintes pour que les services où il y aurait des améliorations à apporter soient ciblés afin de mieux desservir la population. Une attention particulière devrait être attribuée aux personnes en attente d'hébergement et à ceux qui y résident déjà. Vivre dans un environnement de qualité en répondant pleinement aux besoins évalués, demande une vigilance de notre part. Le nouveau comité élu pourra élargir son action avec d'autres organismes du milieu.

10.8 Comité d'éthique

En 2011-2012, le comité d'éthique du CSSS de Rivière-du-Loup est devenu le comité d'éthique du KRTB. Nous sommes maintenant quatre partenaires à partager l'expertise du comité. Il s'agit des CSSS des Basques, du Kamouraska, du Témiscouata et de Rivière-du-Loup.

Voici la liste des nouveaux membres provenant de ces établissements :

CSSS des Basques :	Mme Luce Lepage
CSSS du Kamouraska :	Mme Annie Chamberland
	M. André Baker
CSSS du Témiscouata :	Mme Cathy Deschênes
	Mme Manon Gariépy
	Mme Constance Héroux
	Dr Joan Banet
CSSS de Rivière-du-Loup :	Dre Céline Gravel
	Dre Louise La Fontaine
	Me Aline Dion
	M. Jules Massé, intervenant spirituel
	Mme Lise Pelletier, représentante des usagers
	Mme Suzanne Michaud
	Mme Suzanne Beaulieu
	Mme Sara Bélanger, pharmacienne
	Mme Anne-Marie Rieu
	M. Cyr B. Dumas, président

Rencontres au cours de l'année 2011-2012

Le comité a respecté son calendrier des rencontres et dix rencontres se sont tenues au cours de l'année 2011-2012.

Activités 2011-2012

La rédaction d'un document de travail concernant la mise en place d'un cadre règlementaire pour le comité d'éthique a été effectuée. Un comité restreint représentant les quatre partenaires s'est réuni à deux reprises et un document a été présenté au grand comité pour correction et approbation. Ce règlement du comité d'éthique du KRTB a ensuite été entériné par les quatre conseils d'administration concernés.

Au plan clinique, deux sujets ont principalement retenu notre attention :

- Le comité a travaillé à la rédaction d'un avis concernant la référence des usagers à l'équipe des soins palliatifs. Le document a été transmis au directeur général et au directeur des services professionnels en décembre 2011.
- Nous avons mis en place notre calendrier des activités pour la fin de l'année financière et le début de celle de 2012-2013. Nous avons convenu d'offrir une formation de base en éthique aux membres du comité regroupé et une invitation a été transmise aux quatre directeurs généraux. Cette formation s'est tenue le 26 janvier 2012 et tout le monde était

présent. Nous avons fait un volet théorique pour situer en quoi consiste l'éthique clinique et nous avons ensuite réalisé ensemble une démarche d'éthique clinique selon une grille d'analyse et en regard d'un cas soumis par un de nos établissements partenaires. Nous avons aussi débuté une démarche d'apprentissage d'analyse des cas cliniques selon une grille et avons fait cet exercice au CSSS du Témiscouata autour d'un cas traitant de la sexualité des ainés en milieu de vie. La démarche se poursuit pour chacun des CSSS partenaires et sera terminée en septembre ou octobre 2012.

De plus, un travail a aussi été amorcé pour mettre en place un cadre de référence en éthique dans chacun de nos établissements. À ce jour, le Kamouraska et le Témiscouata ont adopté un cadre de référence en éthique et la démarche est en cours de réalisation aux CSSS des Basques et de Rivière-du-Loup.

En ce qui concerne le volet recherche, nous avons signifié à l'unité de l'éthique du MSSS que notre comité d'éthique sera un comité d'éthique clinique et que nous continuerons le volet des études multicentriques par le biais de la direction générale. Une personne sera nommée responsable de la gestion des protocoles multicentriques pour notre établissement à la direction des services professionnels. En collaboration avec monsieur Daniel Lévesque, directeur général, un mécanisme d'évaluation de la convenance sera aussi mis en place dans l'éventualité où un médecin ou une équipe clinique désirerait mener à terme un projet de recherche qui n'est pas considéré comme multicentrique. Une demande d'analyse sera faite à un comité d'éthique de la recherche d'un établissement structuré en ce sens. Tous les protocoles soumis se doivent de répondre aux exigences requises pour un protocole de type multicentrique.

À ce jour, notre établissement ne participe qu'à un seul protocole de type multicentrique qui traite des effets de l'interdisciplinarité en oncologie en collaboration avec l'équipe de la clinique de chirurgie du CSSS de Rivière-du-Loup.

Tous les protocoles qui étaient en cours avec la firme Génizon sont pratiquement terminés, puisque la firme a liquidé ses actifs par un syndic et a mis fin à toutes ses activités. Nous avons fait une recherche pour connaître ce qui arrivait du matériel génétique et des informations concernant la clientèle de notre établissement, et le tout a été repris par Génome Québec à la demande du gouvernement du Québec dans le but de protéger le matériel en cause et de continuer les études significatives, le cas échéant. Bien entendu, dans ce cas, les centres concernés seront contactés et le processus sera remis en route selon les règles en vigueur.

Cyr B. Dumas, président

10.9 Comité de gestion des risques

Le rapport des activités du comité des risques est réalisé en présentant les fondements juridiques, le mandat du comité de gestion des risques, les faits se rapportant à la surveillance des incidents/accidents, les événements sentinelles ainsi que les activités réalisées cette année.

En vertu de l'article 183.2 de la LSSSS, le comité de gestion des risques a pour fonction de rechercher, de développer et de promouvoir des moyens visant notamment à :

- identifier et analyser les risques d'incidents et d'accidents en vue d'assurer la sécurité des usagers et des employés et, plus particulièrement dans le cas des infections nosocomiales, en prévenir l'apparition et en contrôler la récurrence;
- s'assurer qu'un soutien soit apporté aux victimes et aux proches;
- assurer la mise en place d'un système de surveillance incluant la constitution d'un registre local des incidents et des accidents;
- recommander au conseil d'administration de l'établissement la prise de mesures visant à prévenir la récurrence de ces incidents et accidents, ainsi que la prise de mesures de contrôle, s'il y a lieu.

COMPOSITION DU COMITÉ DE GESTION DES RISQUES 2011-2012

- Mme Brigitte Lavoie, présidente
- M. Michel Jones, délégué du CA et du comité des usagers
- Dr Bernard Pouliot, direction de la santé publique
- Mme Édith Lévesque, infirmière en prévention des infections
- Mme Marie-Ève Côté, analyste en informatique
- M. Gilles Lavoie, conseiller SSQVT
- Mme Helen LaViolette, technicienne administrative
- Mme Caroline Morin, coordonnatrice du programme santé mentale et dépendance
- M. Doris Vachon, chef du service soutien technique, sécurité et mesures d'urgence

Le comité de gestion des risques s'est réuni deux fois au cours de l'année 2011-2012. Plusieurs facteurs ont empêché la tenue d'autres rencontres, en autres, l'éclosion de SAG en CHSLD qui a mobilisé de façon importante l'organisation. Des activités reliées à la gestion des risques ont quand même eu lieu.

Faits saillants des activités réalisées :

- Rédaction et diffusion d'un bulletin d'information sur la gestion des risques (septembre 2011);
- Formation du personnel des différents secteurs. La formation s'intitulait : « La gestion des risques : une culture de sécurité et une responsabilité partagée » (octobre-novembre 2011);
- Participation à la Semaine de la sécurité. Les activités regroupaient la santé au travail, la sécurité informationnelle, la sécurité civile mission santé, les mesures d'urgence et la gestion des risques (semaine du 30 octobre 2011);
- Élaboration d'un plan de sécurité de la clientèle (novembre 2011);
- Formation du personnel infirmier sur l'utilisation de la pompe Plum A + (novembre 2011);

- Conférence de presse à la suite de la sortie du premier rapport semestriel des incidents et accidents survenus lors de la prestation de soins de santé et de services sociaux (décembre 2011);
- Présentation des rapports trimestriels des évènements indésirables au comité de vigilance et qualité (septembre 2011 et janvier 2012);
- Formation du personnel infirmier sur le système de distribution et d'administration des médicaments (janvier-février 2012);
- Mise en place d'un comité interdisciplinaire pour l'élaboration d'un programme de prévention des chutes et d'intervention à la suite d'une chute (janvier 2012);
- Révision du règlement sur l'application des mesures de contrôle : contentions, isolement et substances chimiques (février 2012);
- Réalisation d'un DVD de formation : « La gestion des risques : une culture de sécurité et une responsabilité partagée » disponible sur Intranet (mars 2012);
- Consolidation du registre local des incidents-accidents.

PORTRAIT GLOBAL DES INCIDENTS/ACCIDENTS POUR L'ANNÉE 2011-2012

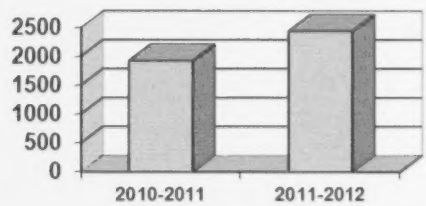
Volume total de déclarations

On compte 2 441 évènements déclarés cette année comparativement à 1 925 l'année dernière. C'est donc 516 rapports de plus qui sont parvenus en gestion des risques cette année, ce qui correspond à une augmentation de 26,8 %. La culture de déclaration est clairement implantée dans notre CSSS.

Par ailleurs, une moyenne de 187 rapports de déclarations d'incidents/accidents est acheminée par période, pour validation et compilation par la gestion des risques.

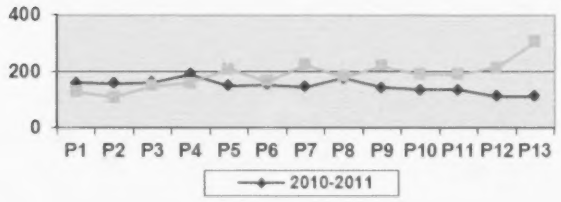
Graphique 1

Évolution du volume annuel de déclarations



Graphique 2

Évolution du volume périodique de déclarations



Répartition des évènements indésirables par installation

Si nous analysons plus attentivement le volume et la répartition des déclarations par installation, nous constatons que c'est au Centre d'hébergement St-Joseph et au CLSC Rivières et marées que nous avons connu la plus importante hausse de déclarations. Malheureusement, ne disposant pas d'une base de données permettant de faire des comparaisons sur une base commune avec l'année 2010-2011, il demeure impossible d'interpréter statistiquement ces hausses.

Tableau 1

Volume de déclarations par installation

	2011-2012	2010-2011	Variation
Centre hospitalier régional du Grand-Portage	900	752	19,7 %
CHSLD St-Joseph (incluant UTRF*)	849	603	40,8 %
CHSLD St-Cyprien	188	192	(2,1) %
CHSLD St-Antonin	307	251	22,3 %
CLSC Rivières et marées (incluant RI*)	197	127	55,1 %
TOTAL	2441	1925	26,8 %

*** UTRF : Unité transitoire (Pavillon des Cèdres)**

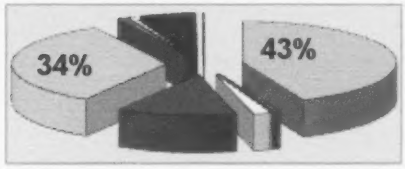
*** RI : Ressources intermédiaires**

Répartition des évènements indésirables par type d'évènement

On compte 2 441 événements déclarés cette année. Pour l'ensemble de l'organisation, les chutes et les médicaments représentent 76 % des déclarations d'événements; les chutes correspondent à 43 % et les erreurs de médicaments à 33 % des événements indésirables.

Graphique 3

Volume de déclarations par type d'évènement



- Chute
- Diète
- Autre
- Test diagnostique
- Abus/agression
- Traitement
- Effet personnel
- Médicament
- Matériel
- Équipement

Tableau 2

Volume de déclarations par type d'évènement

	Chutes	Diète	Médication	Test diagnostique	Traitement	Sécurité de l'information	Effets personnels	Matériel	Équipement	Agression, abus	Autres*	Total 2011-2012
TOTAL	1063	3	827	21	15	1	44	16	3	142	306	2441

* Dans la catégorie « Autres », nous retrouvons, en autres, les situations suivantes : automutilation, blessure d'origine inconnue, bris d'asepsie ou de stérilité, fugue, non-respect d'une procédure, obstruction respiratoire, tentative de suicide et situation à risque.

Tableau 3
Volume de déclarations par niveau de gravité

		2011-2012	2010-2011	
Incidents	A- Situation à risque	51	19	Évènements sans conséquences
Incidents	B- Échappé belle	96	74	
Accidents	C- Pas de conséquence	1355	977	
Accidents	D- Conséquence crainte ou anticipée	561	534	Évènements avec conséquences mineures
Accidents	E1- Exige soins non spécialisés	283	251	
Accidents	E2- Exige soins spécialisés	70	51	
Accidents	F- Conséquence temporaire exigeant hospitalisation	23	15	Évènements sentinelles
Accidents	G- Conséquence permanente	0	2	
Accidents	H- Intervention pour maintenir en vie	0	0	
Accidents	I- Décès	1	1	
	Indéterminé	1	1	
	TOTAL	**2 441**	**1 925**	

Volume total des évènements indésirables par gravité

L'objectif ultime de la gestion des risques est de pouvoir réduire le taux d'accidents et d'en venir à déclarer davantage d'incidents, voire des situations à risque. Il s'agit donc de passer d'une approche réactive à une approche proactive.

Sur les 2 441 déclarations d'incidents/accidents reçues pour l'année de référence 2011-2012, 1 502 (61,5 % du total des événements) n'ont pas eu de conséquences pour l'usager. Il s'agit des événements de gravité A à C. D'un autre côté, 914 événements indésirables ont occasionné des conséquences mineures aux usagers. Il s'agit des événements de gravité D, E1 et E2. Par ailleurs, 24 événements indésirables ont eu des conséquences importantes et ont nécessité une hospitalisation ou un prolongement d'hospitalisation visant à contrôler les conséquences de cet événement et causer un décès. Il s'agit des événements de gravité F à I.

Tableau 4
Événements sentinelles par installation

	Fx poignet	Fx coude	Fx clavicule	Fx épaule + hanche	Fx vertèbre	Fx doigts	Fx hanche	Fx humérus	Fx fémur	Fx épaule + côtes + coude	Décès	Dégât d'eau	Résidents retrouvés par terre	Total
CHRGP	2			1			2							5
CHSLD St-Joseph (incluant UTRF)	2					1	4			1		1		9
CHSLD St-Antonin														0
CHSLD St-Cyprien	1	1											1	3
CLSC Rivières et marées (incluant RI)			1		2	1	2	1	1		1			9
Total	5	1	1	1	2	2	8	1	1	1	1	1	1	26

Événement sentinelle
Un événement sentinelle est un événement inattendu, potentiellement inévitable, lié à des processus ou à des interventions qui mènent ou qui auraient pu mener à un décès, une perte de fonction importante ou permanente chez l'individu ou des dommages matériels graves et importants aux biens de l'établissement. Les événements sentinelles sont ceux qui ont eu ou qui auraient pu avoir des conséquences catastrophiques et ceux qui se sont produits à une grande fréquence même s'ils ne sont pas à l'origine de conséquences graves.

En 2011-2012, 26 événements sentinelles se sont produits au CSSS de Rivière-du-Loup. Les événements sentinelles représentent 1 % de tous les événements. Parmi ceux-ci, un événement a eu comme conséquence le décès de l'usager.

PORTRAIT SPÉCIFIQUE DES PRINCIPAUX RISQUES IDENTIFIÉS

Chutes
Mille cent soixante-trois (1 063) événements relatifs à des chutes ont été déclarés en gestion des risques, ce qui représente 43 % de l'ensemble des événements indésirables comptabilisés pour l'année 2011-2012. De ce nombre :

- 70 % (746) ont eu lieu dans les services clientèles en perte d'autonomie :
  - Centre d'hébergement St-Joseph (incluant UTRF);
  - Centre d'hébergement St-Cyprien;
  - Foyer St-Antonin;
  - CLSC Rivières et marées (incluant RI).
- 30 % (317) ont eu lieu en contexte hospitalier.

Enfin, toutes les chutes sont considérées comme des accidents puisqu'en fonction du protocole sur la prévention des chutes, elles sont codifiées à l'échelle de gravité C ou plus, étant donné qu'une surveillance est impérativement nécessaire pour contrôler les conséquences réelles ou potentielles de tels événements. De celles-ci, 56 % sont sans conséquence.

Erreurs de médicament

Huit cent vingt-sept (827) déclarations relatives à des erreurs de médicament sont parvenues en gestion des risques, ce qui représente 33 % de l'ensemble des événements indésirables comptabilisés pour l'année 2011-2012. Sur ce nombre :

- 49 % (403) ont eu lieu dans les services clientèles en perte d'autonomie :
  - Centre d'hébergement St-Joseph (incluant UTRF);
  - Centre d'hébergement St-Cyprien;
  - Foyer St-Antonin;
  - CLSC Rivières et marées (incluant RI).
- 51 % (424) ont eu lieu en contexte hospitalier.

Une des causes d'erreur est l'omission d'administration de la médication. Cette constatation est une préoccupation pour la Direction des soins infirmiers puisque les erreurs de médicaments sont directement liées à la vigilance, à la rigueur et aux méthodes de travail du personnel lors de la distribution des médicaments. D'autre part, les erreurs interceptées avant l'administration sont souvent en lien avec le fait que la dose ou la nature du médicament se trouvant dans le sachet ne correspond pas à la prescription médicale.

Heureusement, la plupart des erreurs sont sans conséquence. Cependant, il importe de dire que certaines erreurs auraient pu avoir des conséquences importantes. Des filets de sécurité ont été mis en place pour réduire ce type d'erreurs.

Tests diagnostiques

Les évènements reliés aux tests diagnostiques (21) correspondent à des erreurs liées aux prélèvements ou autres spécimens acheminés au laboratoire. Ce type d'erreurs représente environ 1 % de la totalité des déclarations parvenues en gestion des risques.

Effets personnels

Quarante-quatre (44) événements concernent le bris ou la perte d'effets personnels ont été déclarés. Les événements les plus fréquents concernent la perte ou le bris de prothèses dentaires et auditives ainsi que de lunettes.

Abus/agressions

Cent quarante-deux (142) déclarations relatives à des agressions physiques ont été rapportées. Tous ces événements impliquent une agression physique entre résidents présentant des déficits cognitifs ou suite au lancement d'un code blanc en contexte hospitalier et plus particulièrement à l'urgence.

Alertes médicales

Nous avons traité trois alertes en lien avec les équipements médicaux, cinq relatives aux fournitures médicales et 41 relatives aux médicaments.

Plan d'action 2012-2013

Outre son rôle défini par la loi, le comité de gestion des risques devra, en lien avec la démarche d'Agrément Canada, veiller à l'atteinte d'un niveau de conformité aux pratiques organisationnelles requises (POR) reliées à la culture de sécurité qui sont :

- fournir des rapports trimestriels au comité de vigilance et de la qualité;
- réviser la politique de déclaration d'un incident ou d'un accident ainsi que la politique de divulgation d'un accident survenu à un usager;
- implanter et adapter le tableau de bord de gestion des risques afin qu'il réponde aux besoins des gestionnaires;
- soutenir les équipes de travail en ce qui concerne la divulgation des évènements indésirables;
- donner de la formation au personnel et aux gestionnaires pour l'amélioration de la qualité de complétion du rapport d'accident/ incident (AH-223);
- consolider le comité de gestion des risques.

Brigitte Lavoie

Brigitte Lavoie
Directrice des soins infirmiers
Responsable de la gestion des risques

11. États financiers

Raymond Chabot Grant Thornton

Rapport de l'auditeur indépendant sur les états financiers résumés

Raymond Chabot Grant Thornton
S.E.N.C.R.L.
305, boul. de l'Hôtel-de-Ville
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 5C6

Téléphone : 418 862-6306
Télécopieur : 418 862-3570
www.rcgt.com

Aux membres du conseil d'administration du
Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

Les états financiers résumés ci-joints, qui comprennent l'état de la situation financière au 31 mars 2012 et les états des résultats et de la variation de la dette nette pour l'exercice terminé à cette date ainsi que les notes complémentaires pertinentes, sont tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2012. Nous avons exprimé une opinion avec réserve sur ces états financiers dans notre rapport daté du 13 juin 2012 (voir ci-dessous).

Les états financiers résumés ne contiennent pas toutes les informations requises par les Normes comptables canadiennes pour le secteur public. La lecture des états financiers résumés ne saurait par conséquent se substituer à la lecture des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup.

Responsabilité de la direction pour les états financiers résumés

La direction est responsable de la préparation d'un résumé des états financiers audités conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS).

Responsabilité de l'auditeur

Notre responsabilité consiste à exprimer une opinion sur les états financiers résumés, sur la base des procédures que nous avons mises en œuvre conformément à la Norme canadienne d'audit (NCA) 810, « Missions visant la délivrance d'un rapport sur des états financiers résumés ».

Opinion

À notre avis, les états financiers résumés tirés des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2012 constituent un résumé fidèle de ces états financiers, conformément aux critères décrits dans l'annexe 1 à la circulaire 2012-012 (03.01.61.19) publiée par le MSSS. Cependant, les états financiers résumés comportent des anomalies équivalentes à celles des états financiers audités du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2012.

Comptables agréés

Les anomalies que comportent les états financiers audités sont décrites dans notre opinion avec réserve formulée dans notre rapport daté du 13 juin 2012. Notre opinion avec réserve est fondée sur le fait que, comme exigé par le MSSS, les passifs afférents aux obligations envers les employés en congé parental et se prévalant de l'assurance salaire ne sont pas comptabilisés à l'état de la situation financière, ce qui constitue une dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public. Les incidences de cette dérogation aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public sur les états financiers aux 31 mars 2012 et 2011 n'ont pu être déterminées, car l'information n'est pas disponible au sein de l'établissement.

Notre opinion avec réserve indique que, à l'exception des incidences du problème décrit, les états financiers audités donnent, dans tous leurs aspects significatifs, une image fidèle de la situation financière du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup au 31 mars 2012 ainsi que des résultats de ses activités, de la variation de sa dette nette et de ses flux de trésorerie pour l'exercice terminé à cette date, conformément aux Normes comptables canadiennes pour le secteur public.

Référentiel comptable et restriction à l'utilisation

Notre rapport d'audit sur les états financiers audités, daté du 13 juin 2012, contenait un paragraphe dans lequel nous attirions l'attention sur la note des états financiers décrivant le référentiel comptable appliqué. Les états financiers audités ont été préparés dans le but d'aider le *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup* à répondre aux exigences en matière d'information financière du MSSS. En conséquence, il est possible que ces états financiers ne puissent se prêter à un usage autre. Étant donné que les états financiers résumés sont tirés des états financiers audités, il est également possible qu'ils ne puissent se prêter à un usage autre. Notre rapport est destiné uniquement au *Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup* et au MSSS et ne devrait pas être utilisé par d'autres parties.

Autre point

Les états financiers du Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup pour l'exercice terminé le 31 mars 2011 ont été audités par un autre auditeur qui a exprimé sur ces états une opinion modifiée en date du 15 juin 2011.

Raymond Chabot Grant Thornton S.E.N.C.R.L.[1]

Rivière-du-Loup
Le 13 juin 2012

[1] CPA auditeur, CA permis de comptabilité publique n° A108840

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

Résultats - Fonds d'exploitation et fonds d'immobilisations

pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
REVENUS	93 646 822 $	4 368 966 $	98 015 788 $	93 870 555 $
CHARGES				
Masse salariale travaillée	44 970 128 $	- $	44 970 128 $	43 059 667 $
Avantages sociaux généraux	8 560 831 $	- $	8 560 831 $	8 451 092 $
Avantages sociaux particuliers	3 396 784 $	- $	3 396 784 $	3 268 736 $
Charges sociales	7 276 664 $	- $	7 276 664 $	6 813 046 $
Autres dépenses directes incluant les charges non réparties	28 630 668 $	52 029 $	28 682 697 $	26 415 398 $
Frais financiers	- $	1 271 289 $	1 271 289 $	1 455 277 $
Amortissement des immobilisations	- $	3 334 794 $	3 334 794 $	3 489 340 $
Transferts interfonds	1 032 055 $	(1 032 055) $	- $	- $
TOTAL	93 867 130 $	3 626 057 $	97 493 187 $	92 952 556 $
Surplus (déficit) - Activités principales	(220 308) $	742 909 $	522 601 $	917 999 $
ACTIVITÉS ACCESSOIRES				
Revenus	1 374 172 $	- $	1 374 172 $	1 419 413 $
Charges	1 123 167 $	- $	- $	1 133 524 $
TOTAL	251 005 $	- $	251 005 $	285 889 $
SURPLUS (DÉFICIT) DE L'EXERCICE	30 697 $	742 909 $	773 606 $	1 203 888 $

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

État des surplus (déficits) cumulés

pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

		EXPLOITATION	IMMOBILISATIONS	TOTAL
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS AU DÉBUT DÉJÀ ÉTABLIS		(777 210) $	133 189 $	(644 021) $
Modifications comptables sans retraitement des années antérieures		146 950 $	- $	146 950 $
Surplus (déficit) de l'exercice		30 697 $	742 909 $	773 606 $
				- $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS À LA FIN	Note 1	(599 563) $	876 098 $	276 535 $

Note 1 : Le déficit cumulé tient compte de cibles déficitaires autorisées de 831 030 $ qui devraient être remboursées par le ministère de la Santé et des services sociaux. À ce jour, si ces cibles déficitaires étaient remboursées, le solde du fonds d'exploitation afficherait un surplus de 231 467 $

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

État de la situation financière

pour l'exercice terminé le 31 mars 2012

	EXPLOITATION	IMMO	TOTAL	EXERCICE PRÉCÉDENT
ACTIF				
Encaisse	5 576 691 $	1 000 938 $	6 577 629 $	6 792 439 $
Débiteurs - Agence et MSSS	4 996 734 $	326 965 $	5 323 699 $	4 504 314 $
Autres débiteurs	1 213 293 $	53 990 $	1 267 283 $	1 259 218 $
Créances interfonds (dettes interfonds)	(315 185) $	315 185 $	- $	- $
Subvention à recevoir (perçue d'avance) réforme comptable	7 292 325 $	(602 417) $	6 689 908 $	6 382 711 $
Autres éléments	169 069 $	422 001 $	591 070 $	255 633 $
TOTAL DE L'ACTIF	18 932 927 $	1 516 662 $	20 449 589 $	19 194 315 $
PASSIF				
Emprunts temporaires	- $	900 221 $	900 221 $	746 291 $
Autres créditeurs et autres charges à payer	16 618 732 $	423 988 $	17 042 720 $	17 615 040 $
Avances de fonds en provenance de l'Agence enveloppes décentralisées	- $	1 090 683 $	1 090 683 $	1 196 170 $
Intérêts courus à payer	- $	326 965 $	326 965 $	352 183 $
Revenus reportés	4 493 279 $	1 661 184 $	6 154 463 $	4 441 829 $
Dettes à long terme	- $	31 579 626 $	31 579 626 $	31 688 891 $
Autres éléments	177 771 $	1 615 927 $	1 793 698 $	2 248 810 $
TOTAL DU PASSIF	21 289 782 $	37 598 594 $	58 888 376 $	58 289 214 $
ACTIFS FINANCIERS NETS (DETTE NETTE)	(2 356 855) $	(36 081 932) $	(38 438 787) $	(39 094 899) $
ACTIFS NON FINANCIERS				
Immobilisations	- $	36 958 030 $	36 958 030 $	36 515 382 $
Stocks de fournitures	1 562 715 $	- $	1 562 715 $	1 378 906 $
Frais payés d'avance	194 577 $	- $	194 577 $	556 591 $
TOTAL DES ACTIFS NON FINANCIERS	1 757 292 $	36 958 030 $	38 715 322 $	38 450 879 $
SURPLUS (DÉFICITS) CUMULÉS (note 1)	(599 563) $	876 098 $	276 535 $	(644 020) $

Note 1 : Inclus un redressement afférent aux annés antérieures sans retraitement de 146 950 $

12. Loi 100 et optimisation

Le CSSS de Rivière-du-Loup présente les résultats obtenus tel que prévu à la *Loi mettant en œuvre certains dispositions du discours sur le budget du 30 mars 2010 et visant le retour à l'équilibre budgétaire en 2013-2014 et la réduction de la dette.*

	Cible	Résultat
Loi 100		
2010-2011	320 096 $	320 096 $
2011-2012	145 335 $	145 335 $
total	465 431 $	465 431 $

	Cible	Résultat
Optimisation		
2010-2011		
2011-2012	379 970 $	442 470 $
total	379 970 $	442 470 $

13. La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup

FONDATION de la santé de Rivière-du-Loup
santerdl.ca
Faites votre marque

La Fondation de la santé de Rivière-du-Loup a pour mission de contribuer à l'autonomie régionale en matière de santé et à la qualité des soins offerts aux populations desservies par le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup, principalement par la cueillette et l'attribution de fonds au Centre hospitalier régional du Grand-Portage et ses établissements.

De façon spécifique, la fondation supporte des projets d'acquisition d'équipements médicaux spécialisés et des projets d'amélioration des soins aux patients. Les critères privilégiés par la fondation dans la distribution des fonds recueillis sont les priorités du CSSS, le caractère mobilisateur du projet et l'intérêt et la volonté du donateur.

ATTRIBUTION DES FONDS

Depuis sa création en 1987, la Fondation a versé près de 5M $ au CSSS de Rivière-du-Loup. En 2011-2012, c'est aussi grâce à l'appui de ses donateurs, de ses fidèles partenaires, des participants à ses activités et de ses bénévoles que la fondation a pu soutenir financièrement l'établissement.

647 000 $ ont été alloués cette année pour le financement de projets aux services de la pédiatrie, d'ophtalmologie, de la périnatalité, de la gynécologie, de la physiothérapie, de l'imagerie médicale, du laboratoire, de l'urgence. Le projet majeur de l'automatisation de la pharmacie a été finalisé au cours de l'année.

Il importe de souligner le travail effectué par les membres du conseil d'administration, des employés permanents ainsi que par les bénévoles pour assurer une constante collaboration d'équipe.

Johanne Lizotte
Directrice générale

14. Code d'éthique et de déontologie des administrateurs

Préambule

Une conduite conforme à l'éthique demeure une préoccupation constante du Centre de santé et de services sociaux (CSSS) de Rivière-du-Loup pour garantir à la population une gestion intègre et de confiance des fonds publics. Dans le respect de la mission et des valeurs fondamentales de l'établissement, il est opportun de rassembler dans le présent Code les principales lignes directrices éthiques et déontologiques auxquelles les administrateurs de cet établissement adhèrent.

La mission du CSSS de Rivière-du-Loup est :

- Assurer à la population et aux communautés de la MRC de Rivière-du-Loup des conditions de maintien, de rétablissement et de renforcement de la santé et du bien-être de chaque personne.
- Assurer aux centres de santé et de services sociaux (CSSS) du KTB, un partenariat donnant accès aux services spécialisés pour leur population, incluant des services d'hospitalisation spécifiquement pour la population des Basques, dans une perspective de complémentarité et de responsabilité partagée.
- Assumer auprès de la population du Bas-Saint-Laurent la responsabilité partagée de réadaptation en ce qui regarde les problèmes de dépendance.
- Assurer la mise en œuvre d'un réseau local de services et l'implantation de corridors de services visant à assumer les 4 mandats dont il a la responsabilité exclusive pour les territoires desservis, par le biais de :
    - Centre local de services communautaires (CLSC);
    - Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD);
    - Centre hospitalier de soins généraux et spécialisés (CHSGS);
    - Centre de réadaptation en dépendance (CRAT).

Les valeurs privilégiées par le CSSS de Rivière-du-Loup et adoptées au conseil d'administration du 1er mars 2006 sont la PRIMAUTÉ DE LA PERSONNE, le RESPECT, la SOLIDARITÉ, la COMPÉTENCE et l'INNOVATION.

1. OBJECTIF GÉNÉRAL ET CHAMP D'APPLICATION

1.1 Le présent Code n'a pas pour objet de se substituer aux lois et règlements en vigueur, ni d'établir une liste exhaustive des normes de comportements attendus de l'administrateur. Il cherche plutôt à réunir les obligations et devoirs généraux de l'administrateur. Notamment, il :

- traite des mesures de prévention, en particulier des règles relatives à la déclaration d'intérêts;
- traite de l'identification de situations de conflit d'intérêts;
- traite des devoirs et obligations des administrateurs après qu'ils aient cessé leurs
- fonctions;
- prévoit des mécanismes d'application du Code.

1.2 Tout administrateur de l'établissement est tenu de respecter les principes d'éthique et les règles de déontologie prévus par la loi et le présent Code. En cas de divergence, les principes et règles les plus exigeants s'appliquent.

1.3 L'administrateur doit, en cas de doute, agir selon l'esprit de ces principes et de ces règles.

1.4 L'administrateur est tenu aux mêmes obligations lorsque, à la demande de l'établissement, il exerce des fonctions d'administrateur dans un autre organisme ou entreprise ou en est membre.

2. DÉFINITIONS

2.1 Dans le présent Code, à moins que le contexte n'indique un sens différent :

a) « Administrateur » désigne un membre du conseil d'administration de l'établissement, qu'il soit élu ou nommé;

b) « Conflit d'intérêts » désigne notamment, sans limiter la portée légale de cette expression, toute situation où l'intérêt direct ou indirect de l'administrateur est tel qu'il risque de compromettre l'exécution objective de sa tâche, car son jugement peut être influencé et son indépendance affectée par l'existence de cet intérêt;

c) « entreprise » désigne toute forme que peut prendre l'organisation de la production de biens ou de services ou de toute autre affaire à caractère commercial, industriel ou financier et tout regroupement visant à promouvoir certaines valeurs, intérêts ou opinions ou à exercer une influence sur les autorités de l'établissement.

d) « établissement » désigne le Centre de santé et de services sociaux de Rivière-du-Loup

e) « proche » désigne le conjoint légal ou de fait, l'enfant, le père, la mère, le frère ou la sœur de l'administrateur. Cette notion englobe également le conjoint et l'enfant des personnes mentionnées précédemment ainsi que l'associé de l'administrateur.

3. DEVOIRS ET OBLIGATIONS DE L'ADMINISTRATEUR

L'administrateur, dans l'exercice de ses fonctions :

Agit dans l'intérêt de l'établissement et de la population desservie.

À cette fin, l'administrateur :

3.1 Est sensible aux besoins de la population et privilégie la prise en compte des droits fondamentaux de la personne;

3.2 Témoigne d'un constant souci du respect de la vie humaine et du droit aux services de santé et services sociaux;

3.3 S'assure de la pertinence, de la qualité, de la sécurité et de l'efficacité des services dispensés;

3.4 S'assure de la participation, de la motivation, de la valorisation, du maintien des compétences et du développement des ressources humaines.

3.5 S'assure de l'utilisation économique et efficiente des ressources humaines, matérielles et financières.

Agit avec soin, prudence, diligence et compétence.

À cette fin, l'administrateur :

Disponibilité et participation active

3.6 Se rend disponible pour remplir ses fonctions et prend une part active aux décisions du conseil d'administration.

Soin et compétence

3.7 S'assure de bien connaître et suivre l'évolution de l'établissement; il se renseigne avant de décider et, au besoin, évite de prendre des décisions prématurées.

Neutralité

3.8 Se prononce sur les propositions en exerçant son droit de vote de la manière la plus objective possible. À cette fin, il ne peut prendre d'engagement à l'égard de tiers ni leur accorder aucune garantie relativement au vote ou à quelque décision que ce soit.

Discrétion

3.9 Fait généralement preuve de discrétion sur ce dont il a connaissance dans l'exercice de ses fonctions. De plus, il fait preuve de prudence et de retenue à l'égard de renseignements confidentiels dont la communication ou l'utilisation pourrait nuire aux intérêts de l'établissement, constituer une atteinte à la vie privée des gens ou conférer, à une personne physique ou morale, un avantage indu.

3.10 Garde confidentiels les faits ou renseignements dont il prend connaissance et qui exigent, suivant la loi ou la décision du conseil d'administration, le respect de la confidentialité.

Relations publiques

3.11 Respecte les règles de politesse et de courtoisie dans ses relations avec le public et évite toute forme de discrimination ou de harcèlement prohibé par la loi.

3.12 S'efforce, dans les meilleurs délais, de toujours donner au citoyen l'information qu'il demande et qu'il est en droit d'obtenir; s'il ne peut le faire lui-même, il dirige le citoyen vers le service approprié de l'établissement.

3.13 Adopte une attitude de réserve et de retenue dans la manifestation publique de ses opinions.

Agit avec honnêteté et loyauté

À cette fin, l'administrateur :

3.14 Agit de bonne foi au mieux des intérêts de l'établissement et de la population desservie sans tenir compte des intérêts d'aucune autre personne, groupe ou entité.

3.15 Lutte contre toute forme d'abus de pouvoir tels les conflits d'intérêts, la violation des règles, l'inefficacité de la gestion, le gaspillage, la divulgation de renseignements confidentiels, la distribution de faveurs, le camouflage de ses erreurs ou la tromperie de la population.

Conflits de devoirs ou d'intérêts

3.16 Évite les conflits de devoirs et d'intérêts.

3.17 Ne doit pas solliciter, accepter ou exiger d'une personne pour son intérêt, directement ou indirectement, un don, un legs, une récompense, une soumission, une ristourne, un rabais, un prêt, une remise de dette, une faveur ou tout autre avantage ou considération de nature à compromettre son impartialité, son jugement ou sa loyauté.

L'administrateur autre que le directeur général et les conflits d'intérêts

3.18 Autre que le directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, dénonce par écrit son intérêt au conseil lorsqu'il a un intérêt direct ou indirect dans un sujet ou une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui du conseil ou de l'un des établissements qu'il administre.

3.19 De plus, cet administrateur s'abstient de siéger et de participer à toute délibération ou décision lorsqu'une question portant sur le sujet ou l'entreprise est débattue.

3.20 Cependant, le fait pour cet administrateur d'être actionnaire minoritaire d'une personne morale qui exploite une telle entreprise visée ne constitue pas un conflit d'intérêts si les actions de cette personne morale se transigent dans une bourse reconnue et si l'administrateur en cause ne constitue pas un initié de cette personne morale au sens de l'article 89 de *la Loi sur les valeurs mobilières* (L.R.Q., chapitre V-1.1.).

Le directeur général et les conflits d'intérêts

3.21 Ne peut, comme directeur général et sous peine de déchéance de sa charge, avoir un intérêt direct ou indirect dans une entreprise qui met en conflit son intérêt personnel et celui de l'établissement. Toutefois, cette déchéance n'a pas lieu si un tel intérêt lui échoit par succession ou donation, pourvu qu'il y renonce ou qu'après en avoir informé le conseil d'administration, il en dispose dans les délais fixés par celui-ci.

3.22 Doit, comme directeur général, dans les soixante jours suivants sa nomination, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence des intérêts pécuniaires qu'il a dans des personnes morales, des sociétés ou des entreprises susceptibles de conclure des contrats avec l'établissement. Cette déclaration doit être mise à jour dans les soixante jours de l'acquisition de tels intérêts par le directeur général, et à chaque année, dans les soixante jours de l'anniversaire de sa nomination.

3.23 Doit, comme directeur général, dans les trente jours qui suivent la conclusion de tout contrat de services professionnels, déposer devant le conseil d'administration une déclaration écrite mentionnant l'existence de tel contrat conclu avec un établissement par une personne morale, une société ou une entreprise dans laquelle le directeur général a des intérêts pécuniaires.

L'exclusivité de fonctions du directeur général

3.24 Doit, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge ou de suspension sans traitement et sous réserve des exceptions prévues à la loi, s'occuper exclusivement du travail de l'établissement et des devoirs de sa fonction. Cependant, lorsqu'il occupe un autre emploi, charge ou fonction, il doit produire, dans les soixante jours suivant sa désignation à cette fin et, à chaque année, dans les soixante jours de l'anniversaire de sa nomination, une déclaration écrite mentionnant l'existence de ce fait.

Biens de l'établissement

3.25 Utilise les biens, les ressources ou les services de l'établissement selon les modalités d'utilisation reconnues et applicables à tous. Il ne peut confondre les biens de l'établissement avec les siens.

Avantages ou bénéfices indus

3.26 Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions d'administrateur.

3.27 Ne peut accepter ni solliciter aucun avantage ou bénéfice, directement ou indirectement, d'une personne ou entreprise faisant affaire avec l'établissement ou agissant au nom ou au bénéfice d'une telle personne ou entreprise, si cet avantage ou bénéfice est destiné ou susceptible de l'influencer dans l'exercice de ses fonctions ou de générer des expectatives en ce sens.

Notamment, est considéré un avantage prohibé tout cadeau, somme d'argent, prêt à taux préférentiel, remise de dette, offre d'emploi, faveur particulière ou autre chose ayant une valeur monétaire appréciable qui compromet ou semble compromettre l'aptitude de l'administrateur à prendre des décisions justes et objectives.

3.28 Ne reçoit aucun traitement ou autre avantage pécuniaires à l'exception du remboursement de ses dépenses faites dans l'exercice de ses fonctions aux conditions et dans la mesure déterminée par le gouvernement.

3.29 Doit s'interdire, comme directeur général, sous peine de déchéance de sa charge, d'accepter une somme ou un avantage direct ou indirect d'une fondation ou d'une personne morale qui sollicite du public le versement de sommes ou de dons dans le domaine de la santé et des services sociaux.

Transparence

3.30 Révèle tout renseignement ou fait aux autres membres du conseil d'administration lorsqu'il sait que la communication de ce renseignement ou de ce fait pourrait avoir un impact significatif sur la décision à prendre.

Interventions abusives

3.31 S'abstient d'intervenir dans le processus d'embauche du personnel, sous réserve du directeur général ou d'un cadre supérieur.

3.32 S'abstient de manœuvrer pour favoriser ses enfants, des amis ou des proches.

3.33 S'abstient d'agir comme intermédiaire, même à titre gratuit, entre un organisme à but lucratif ou non et l'établissement.

Après la fin de son mandat, agit avec prudence, discrétion, honnêteté et loyauté.

À cette fin, l'administrateur

3.34 Se comporte de façon à ne pas tirer d'avantages indus, en son nom personnel ou pour le compte d'autrui, de ses fonctions antérieures d'administrateur.

3.35 Évite, dans l'année suivant la fin de son mandat, d'agir en son nom personnel ou pour le compte d'autrui relativement à une procédure, à une négociation ou à une autre opération à laquelle l'établissement pour lequel il a agi est partie et sur laquelle il détient de l'information non disponible au public.

3.36 S'abstient, dans l'année suivant la fin de son mandat, s'il n'est pas déjà à l'emploi de l'établissement, de solliciter un emploi auprès de l'établissement.

3.37 En tout temps, ne fait pas usage de l'information à caractère confidentiel qu'il a obtenue dans l'exécution ou à l'occasion de ses fonctions d'administrateur.

3.38 Évite de ternir, par des propos immodérés, la réputation de l'établissement et de toutes les personnes qui y œuvrent.

4. MÉCANISMES D'APPLICATION

Comité d'éthique et de déontologie

4.1 Un comité d'éthique et de déontologie de trois membres, nommés par le conseil d'administration parmi ses membres, veille à l'application du présent code.

4.2 Ce comité est constitué au besoin lors du dépôt d'une plainte.

Introduction d'une demande d'examen

4.3 Toute allégation d'inconduite ou de manquement à la loi ou au présent Code visant un administrateur doit être transmise au président du CA ou, s'il s'agit de ce dernier, au vice-président du CA. Le comité doit alors être formé et se réunir, au plus tard dans les trente jours suivants.

Examen sommaire

4.4 Lorsqu'une allégation lui est transmise en vertu de l'article 4.3, le président du comité peut rejeter, sur examen sommaire, toute allégation qu'il juge frivole, vexatoire ou faite de mauvaise foi. Il doit cependant en informer les autres membres du comité, lors de la première réunion qui suit. Le comité peut alors décider d'enquêter quand même sur cette allégation.

Tenue de l'enquête

4.5 Le comité décide des moyens nécessaires pour mener toute enquête relevant de sa compétence. L'enquête doit cependant être conduite de manière confidentielle et protéger, dans la mesure du possible, l'anonymat de la personne à l'origine de l'allégation.

4.6 L'administrateur qui est informé qu'une enquête est en cours à son sujet ne doit pas communiquer avec la personne, si elle lui est connue, qui a demandé la tenue de l'enquête.

Information de l'administrateur concerné

4.7 Au moment qu'il juge opportun, le comité doit informer l'administrateur visé des manquements reprochés en lui indiquant les dispositions concernées de la loi ou du Code. À sa demande et à l'intérieur d'un délai raisonnable ne dépassant pas trente jours, l'administrateur a le droit d'être entendu, de faire témoigner toute personne de son choix et de déposer tout document qu'il juge pertinent aux manquements reprochés.

Transmission du rapport au conseil

4.8 Lorsque le comité en vient à la conclusion que l'administrateur a enfreint la loi ou le présent Code ou qu'il a fait preuve d'une inconduite de nature similaire, il transmet au conseil d'administration un rapport contenant un sommaire de l'enquête et une recommandation de sanction. Ce rapport est confidentiel.

Décision

4.9 Le conseil d'administration se réunit à huis clos pour décider de la sanction à imposer à l'administrateur visé. Ce dernier ne peut participer aux délibérations ou à la décision, mais il peut, à sa demande, se faire entendre avant que la décision ne soit prise. La décision est finale et sans appel.

Sanctions

4.11 Selon la nature et la gravité du manquement ou de l'inconduite, les sanctions qui peuvent être prises sont :

- le rappel à l'ordre;
- la réprimande;
- la suspension;
- le recours en déchéance de charge.

L'administrateur est informé, par écrit, de la sanction qui lui est imposée.

5. ENGAGEMENTS

5.1 Dans les soixante jours de l'adoption du présent Code par le conseil, chaque administrateur doit produire l'engagement relatif au Code d'éthique (voir Annexe I) ainsi que la déclaration des intérêts (Annexe II) inclus au présent Code.

5.2 Chaque nouvel administrateur doit faire de même dans les soixante jours de son entrée en fonction.

5.3 De plus, tout responsable de l'application du Code doit produire, dans les soixante jours de son entrée en fonction, l'affirmation d'office et de discrétion du responsable (voir annexe III).

6. PUBLICITÉ DU CODE

6.1 L'établissement doit remettre un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres du conseil d'administration à chaque membre du conseil d'administration.

6.2 L'établissement doit rendre disponible un exemplaire du code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration à toute personne qui en fait la demande.

6.3 L'établissement doit publier dans son rapport annuel l'information relative à l'existence de code d'éthique et de déontologie des membres des conseils d'administration et à la façon de l'obtenir ou de le consulter.

6.4 Le rapport annuel de l'établissement doit faire état :

- du nombre et de la nature des signalements reçus;
- du nombre de cas traités et de leur suivi;
- de leur décision ainsi que du nombre et de la nature des sanctions imposées;
- des noms des personnes ayant été suspendus, révoquées ou déchues de charge.

« L'intégrité de l'administration d'un établissement, dont dépendent la valeur et l'efficacité de son action, n'est assurée qu'avec l'appui personnel et sans faille de chacun de ses administrateurs. »

Janvier 2009

15. Acronymes

ACR	Arrêt cardio-respiratoire	MEQ	Ministère de l'Éducation du Québec
ADGSSSQ	Association des directeurs généraux des services de santé et des services sociaux	MESSF	Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale et de la Famille
AEO	Accueil, évaluation, orientation	MAFCF	Ministère de la Famille, des Aînés et de la Condition féminine
AMP	Activités médicales particulières (urgence, hospitalisation, soins prolongés et obstétriques)	MRC	Municipalité régionale de comté
AMPRO	Approche multidisciplinaire en prévention des risques obstétricaux	MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
AQDR	Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées	OBNL	Organisme à but non lucratif
ASI	Assistant au supérieur immédiat	OEMC	Outil d'évaluation multi clientèle
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux	OMS	Organisation mondiale de la santé
AVC	Accident vasculaire cérébrale	OPTIMAH	Optimisation des soins à la personne âgée en milieu hospitalier
AVQ	Activités de la vie quotidienne	OSBL	Organisme sans but lucratif
AVD	Activités de vie de la vie domestique	PACE	Program of All-inclusive Care for Elderly (Canada et États-Unis)
CAB	Centre d'action bénévole	PACS	Picture Archiving and Communication System
CAUR	Centre affilié universitaire régional	PAD	Programme d'adaptation de domicile
CC – DSP	Comité de concertation des directeurs de services professionnels	PAIR	Programme d'assistance individuelle aux personnes retraitées
CH	Centre hospitalier	PAR	Plan d'action régional
CHAU	Centre hospitalier affilié universitaire	PCFI	Plan de conservation fonctionnelle immobilier
CHR	Centre hospitalier régional	PDCI	Plan directeur clinique immobilier
CHRGP	Centre hospitalier régional du Grand-Portage	PDI	Plan directeur immobilier
CHSLD	Centre d'hébergement de soins de longue durée	PEFSAD	Programme d'exonération financière pour les services d'aide domestique
CHU	Centre hospitalier universitaire	PEI	Plan évolutif immobilier
CII	Conseil des infirmières et des infirmiers	PEM	Plan d'effectif médical
CJ	Centre jeunesse	PFT	Programme fonctionnel et technique
CLSC	Centre local de services communautaires	PIED	Programme intégré d'équilibre dynamique
CM	Conseil multidisciplinaire	PII	Plan d'intervention en contexte d'interdisciplinarité
CMDP	Conseil des médecins, dentistes et pharmaciens	PIJ	Programme d'intervention jeunesse
COA	Comité d'orientation et d'accès	PMEB	Plan de maintien de l'équilibre budgétaire
COSMOSS	Communauté Ouverte et Solidaire pour un Monde Outillé, Scolarisé et en Santé	POAF	Programme d'optimisation de l'autonomie fonctionnelle
CR	Centre de réadaptation	POR	Pratiques organisationnelles requises
CRD	Centre de réadaptation en dépendances	PPA	Personne en perte d'autonomie
CRDI	Centre de réadaptation en déficience intellectuelle	PPALV	Personne en perte d'autonomie liée au vieillissement
CRDP	Centre de réadaptation en déficience physique	PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
CSSS	Centre de santé et de services sociaux	PRISMA	Programme de recherche sur l'intégration des services de maintien de l'autonomie
CSST	Commission de la santé et de la sécurité du travail	PSI	Plan de service individualisé
DAI	Défibrillateur automatique implantable	RA	Résidence d'accueil
DCI	Dossier clinique informatisé	RAC	Résidence à assistance continue
DG	Direction générale/directeur général	RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
DM	Direction multi disciplinaire / Directeur multidisciplinaire	RH	Ressources humaines
DRFMI	Direction des ressources financières, matérielles et informationnelles/Directeur des ressources financières, matérielles et informationnelles	RI	Ressource intermédiaire
DRH	Direction des ressources humaines/Directeur des ressources humaines	RLS	Réseau local de services
DRMG	Département régional de médecine générale	RNI	Ressource non institutionnelle
DSI	Direction des soins infirmiers/Directeur des soins infirmiers	RQCAA	Réseau québécois pour contrer les abus envers les aînés
DSIE	Demande de services inter établissements	RQT	Réseau québécois de télésanté

DSP	Direction des services professionnels/Directeur des services professionnels	RSIPA	Réseau de services intégrés pour les personnes âgées
DSP	Dossier de santé personnel	RTF	Ressource de type familial
DSQ	Dossier de santé du Québec	RUIJ	Réseau universitaire intégré jeunesse
EESAD	Entreprise d'économie sociale en aide domestique	RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
EIG	Équipe d'intervention gériatrique	SAAQ	Société de l'assurance automobile du Québec
ESSPSM	Équipe de soins et services partagés en santé mentale	SAD	Soins à domicile
ETC	Équivalent temps complet	SAG	Service ambulatoire gériatrique
ETP	Équivalent temps plein	SAJ	Stratégie d'action jeunesse
GBM	Génie biomédical	SEGA	Service externe de gériatrie ambulatoire
GMF	Groupe de médecine de famille	SHQ	Société d'habitation du Québec
HLM	Habitation à loyer modique	SIGG	Système d'information géronto-gériatrique
I-CLSC	Intégration-CLSC (système informatique de données)	SIPA	Services intégrés aux personnes âgées en perte d'autonomie
IEIR	Indice d'équité intra régionale	SMAF	Système de mesure de l'autonomie fonctionnelle
IMP	Intervention multifactorielle personnalisée	SMSST	Système de management de la santé et de la sécurité du travail
INESSS	Institut national d'excellence en santé et services sociaux	SOQIBS	Société québécoise d'informatique biomédicale et de la santé
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec	SRG	Supplément de revenu garanti
IPS	Infirmière praticienne spécialisée	TIBD	Traitement intensif bref à domicile
IRH	Intervention de réadaptation avec hébergement	TRCDMS	Table régionale des chefs de département de médecine spécialisée
ISQ	Institut de la statistique du Québec	UCCSPU	Unité de coordination clinique des services préhospitaliers d'urgence
IUGM	Institut universitaire de gériatrie de Montréal	UCDG	Unité de courte durée gériatrique
IUGS	Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke	UQAR	Université du Québec à Rimouski
LSSSS	Loi sur les services de santé et les services sociaux	URFI	Unité de réadaptation fonctionnelle intensive
MAD	Maintien à domicile	VADA	Ville amie des aînés

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE RIVIÈRE-DU-LOUP

75, rue Saint-Henri
Rivière-du-Loup (Québec) G5R 2A4
Téléphone : 418 868-1000
Télécopieur : 418 868-1032

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2011 - 2012